Ueber

Herzmuskelerkrankungen

bei Myoma uteri.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Wilhelm Schlaegel

Medizinalpraktikant.

München 1905.

Kgl. Hof-Buchdruckerei Kastner & Callwey.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549027_0208

Ueber

Herzmuskelerkrankungen

bei Myoma uteri.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Wilhelm Schlaegel

Medizinalpraktikant.

ACAD. LUDOVIC. BIBL.

München 1905.

Kgl. Hof-Buchdruckerei Kastner & Callwey.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität München.

Referent:

Herr Obermedizinalrat Professor Dr. von Bollinger.

Hofmeier und Fehling dürften es gewesen sein, welche in den achtziger Jahren zum erstenmal auf eine bis dahin noch nicht bekannte oder wenigstens noch nicht publizierte Komplikation bei Myoma uteri hingewiesen haben, nämlich eine Affektion des Herzens, speziell der Herzmuskulatur, welche im Verlauf dieser Erkrankung sich des öfteren zeigen sollte. M. Hofmeier[1]) bringt in einer Arbeit aus dem Jahre 1885 eine Anzahl von Fällen von Myoma uteri (einige auch von Ovarialtumoren), bei denen vor der Operation oder meist einige Zeit nach derselben der Tod eintritt und die Sektion keine andere Ursache dafür ergibt als eine Degeneration des Herzmuskels meist in der Form der braunen Atrophie. Ferner erwähnt Hofmeier einige Fälle, welche so schnell nach der Entbindung letal endeten, „dass von dem Einfluss einer Infektion vollkommen abzusehen ist, und deren Verlauf keine derartigen Störungen zeigte, welche an und für sich das schnelle Ende hätten erklären können". Die Sektion ergab stets: braune Atrophie des Herzens. Dabei ist aber zu beachten, dass alle Wöchnerinnen einen an Marasmus grenzenden Zustand zeigten, bei dem bekanntlich die braune Herzdegeneration als Begleiterscheinung

[1]) M. Hofmeier, zur Lehre vom Shok in Zeitschr. für Geburtshilfe. 1885. XI.

vorhanden sein kann, mit Ausnahme eines Falles einer 41 jährigen I para, bei der ein gestieltes Myom vorhanden war.

Fehling,[2]) der ähnliche Beobachtungen machte, stellte im Jahre 1887 auf Grund derselben die Forderung auf, bei Uterusmyomen solle man, wenn die ersten Zeichen von Herzschwäche auftreten, sofort operieren.

Nicht gering ist die Zahl der Publikationen, welche in der Folge sich noch mit den erwähnten Tatsachen beschäftigen.

Leopold,[3]) Berthold,[4]) Brosin,[5]) Gottschalk[6]) und andere wiesen darauf hin, dass bei Uterusmyomen eine sehr grosse Gefahr in der sich allmählich ausbildenden Herzdegeneration liege. Als anatomisches Substrat für diese finden wir die verschiedensten Angaben: meist fettige Degeneration des Herzens, braune Atrophie, Dilatation oder Hypertrophie (Wilson); sehr oft allgemein gehaltene und nur klinische Bezeichnungen, wie: Degeneration, Störungen des Herzmuskels (Martin), Herzerkrankung, lésion cardiaque, Myocarditis; ferner wurden Fragmentation des Muskels und von Kessler[7]) eine Myofibrosis cordis bei Myom des Uterus gefunden.

---

[2]) Fehling, Beitrag zur operativen Behandlung der Uterusmyome. Württemberg. med. Correspondenzbl. 1887.

[3]) Leopold, die operative Behandlung der Uterusmyome.

[4]) Berthold, Discussion zum Vortrag v. Leopold: über Stielbehandlung bei der Myomotomie. Gyn. Gesellschaft zu Dresden 8. Dez. 1892. Zentralblatt f. Gynäkologie 1893 Nr. 8.

[5]) Brosin, Zentralblatt f. Gynäkologie 1894 Nr. 4.

[6]) Gottschalk, über die Histogenese und Aetiologie der Uterusmyome, Archiv für Gynäkologie Bd. 43.

[7]) Kessler, Myom und Herz, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 47, Heft 1.

Dass die genannten Erkrankungen im Gefolge dieser Tumoren häufig auftreten, darüber sind sich ja die Autoren einig, ob diese aber auch für Myom charakteristisch sind und nicht auch bei anderen Unterleibstumoren vorkommen, und auf welche Weise ferner die Komplikation von seiten des Herzens zustande kommt, darüber sind die Ansichten noch geteilt. Bevor wir nun auf die Erörterung dieser Fragen eingehen, wollen wir zunächst noch die Geschichte eines hiehergehörigen typischen Falles bringen, der am 25. VI. 04 in der Universitäts-Frauenklinik in München zur Beobachtung kam.

Es handelt sich um die 58 Jahre alte ledige Köchin C. H. aus F. Die Familienanamnese ergibt, dass der Vater an „Lungeneiterung", die Mutter, welche unterleibsleidend war, an Magenkrebs im 39. Jahre starb. Eine Schwester starb als $^3/_4$ jähriges Kind, zwei Brüder leben und sind gesund. Die Patientin selbst litt früher an Keuchhusten und Masern, später an asthmatischen Anfällen. In letzterer Zeit klagt sie auch über Beschwerden (Druck, Beengung) in der Herzgegend. Mit 17 Jahren traten die Menses auf. Diese waren im Anfang unregelmässig, später regelmässig, immer sehr stark, 8—10 Tage dauernd. Eintritt der Menopause mit 49 Jahren. 3 Jahre lang noch unregelmässige Blutungen. Keine Entbindungen oder Fehlgeburten. Die jetzigen Beschwerden bestehen in erschwertem Liegen, Stechen und Pochen im Unterleib, besonders auf der rechten Seite, ab und zu Urindrang und Brennen beim Urinieren. Die Patientin wurde vor 8 Jahren zum

erstenmal vom Arzt untersucht, der eine Geschwulst im Unterleib feststellte. Eine Behandlung hat nicht stattgehabt. Die Patientin hat schon vor 8 Jahren bemerkt, dass ihr Unterleib etwas vorgetrieben sei, doch sei dieser im Laufe der Jahre allmählich immer grösser geworden, hauptsächlich aber in letzter Zeit.

Status praesens:

Körperbau untersetzt. Gewicht beim Eintritt 119 Pfund. Ernährungszustand gut. Haut und Schleimhäute nicht anaemisch.

Brustorgane: Ueber den Lungen überall vesikuläres Atmen, mässiger Grad von Emphysem. Absolute Herzdämpfung nach rechts verbreitert, bis zur Mitte des Sternums. Herztöne rein und regelmässig. Puls klein.

Ueber dem Rumpf verbreitet, hauptsächlich aber auf der Brust sind stecknadelkopf- bis linsengrosse Teleangiektasieen.

Leib: Umfang 99 cm. Die obere Hälfte des Nabelringes ist in Form einer kleinhühnereigrossen Geschwulst vorgebuchtet, die sich beim Husten etwas stärker füllt und einzelne durch seichte Furchen erkennbare Abteilungen aufweist. Bei der Palpation fühlt sich der Inhalt körnig, wie aus einzelnen Träubchen bestehend an, es ist offenbar Netz. Die Geschwulst ist nur zum Teil reponibel. Die Patientin führt dieselbe auf ein Trauma vor 8 Jahren zurück. Der untere Nabelring ist in Form einer nach oben konkaven Sichel noch erhalten. Die Bauchdecken sind ziemlich fettreich, nachgiebig, eindrückbar. In der Bauch-

haut sind mässig dilatierte Venen. Die Mittellinie ist nicht pigmentiert. Hinter den Bauchdecken fühlt man im Abdomen einen bis handbreit über den Nabel ragenden, sehr derben, harten Tumor von im allgemeinen glatter Oberfläche und ungefähr eiförmiger Gestalt, über Mannskopfgrösse, sich verschmälernd in das kleine Becken fortsetzend. Fluktuierende Partien sind nicht feststellbar. Die Perkussion ergibt über dem Fundus überall absolute Dämpfung, in den seitlichen Partien tympanitischen Schall. Kein wesentlicher Ascites. Die Auskultation ergibt in der Mitte der linken Nabelspinallinie lautes Gefässgeräusch.

Die Vulva ist geschlossen, der Introitus sehr eng, das Hymen intakt, reisst beim Untersuchen mit einem Finger leicht ein. Die Vagina verengert sich nach oben, die Portio ist als ganz kleiner Zapfen fühlbar. Der Muttermund ist geschlossen und bildet eine Querspalte. Der von aussen gefühlte grosse Tumor hängt mit der Portio zusammen, Bewegungen desselben teilen sich der Portio mit. Rechte und linke Adnexe sind nicht zu fühlen.

Harn: Album. neg., Sacch. neg.

Diagnose:

Myomatöser Uterus (intramurale und subseröse Myome), Nabelhernie (Hernia epiploica).

Weitere Beobachtungen:

25. VI. 04. Befinden gut, Appetit gut. Patientin befindet sich den ganzen Tag über ausserhalb des Bettes. Temp. abends 36,7. Puls 88 pro Min.

26. VI. Status idem. Temp. vorm. 36,4, Puls 75; Temp. abends 36,9, Puls 84.

27. VI. Klinische Vorstellung. Temp. vorm. 36,4, Puls 72; Temp. abends 36,7, Puls 84.

28. VI. Die cystoskopische Untersuchung ergibt: Die Blase nimmt ungefähr 400 ccm Borlösung auf. Die Blasenschleimhaut ist überall völlig glatt, glänzend, gelblich rot. Die Gefässinjektion ist im ganzen und besonders am Blasenboden und am Fundus etwas stärker als gewöhnlich. Die Ureteren sind beiderseits auffindbar, jedoch der linke erst mit einiger Mühe an dem Abhang einer Falte, die zu einem langen, nach links und oben ausgezogenen Blasendivertikel führt, in welches man das Cystoskop ca. 10 cm weit vorschieben kann und welches offenbar eine grössere Abteilung der in ihrer gleichmässigen Ausdehnung beschränkten Blase darstellt. Beide Oeffnungen der Ureteren sind schlitzförmig-oval und arbeiten regelmässig. Das Trigomen ist unregelmässig nach links verzerrt. Der Inhalt der Blase ist ganz rein.

Temp. vorm. 36,3, Puls 96; Temp. ab. 36,8, Puls 75.

29. VI. Patientin klagt über leichtes Brennen beim Urinieren. Stuhl und Urin spontan. Temp. vorm. 36,6, Puls 80; Temp. ab. 36,7, Puls 84.

30. VI. Das Brennen beim Urinieren hat etwas nachgelassen. Gegen Abend klagt Pat. über leichtes Frösteln. Temp. vorm. 36,4, Puls 100; Temp. ab. 36,7, Puls 108.

1. VII. Das Brennen beim Urinieren hat völlig nachgelassen. Die Nabelhernie ist etwas

grösser geworden. Temp. vorm. 36,2, Puls 100; Temp. ab. 36,7, Puls 108.

2. VII. Operation: Nach Eröffnung der Bauchhöhle wurde zuerst der Tumor durch drei Bohrer gefasst. Unter Erweiterung der Incision bis an den Nabelbruch wird derselbe langsam hervorgeleitet, dann das linke Ligamentum latum zwischen zwei Klammern durchschnitten, die Arterie wird auf dieser Seite unterbunden, daraufhin in gleicher Weise auf der rechten Seite verfahren. Nun erst wird von der vorderen und dann von der hinteren Wand ein Lappen des Peritoneums abpräpariert und demnächst der Tumor von rechts nach links abgetragen, wobei nur wenig Blut abgeht. Alsdann wurden die beiden Stümpfe des Ligamentum latum unterbunden, mit Entfernung der beiden Ovarien. Bei Versorgung des linken Ligamentum latum spritzte aus der Wunde wiederholt ein Gefäss, dessen Umstechung einige Schwierigkeiten machte. Nach Blutstillung und Uebersäumung der ganzen Wundfläche wurde die Bauchhöhle gereinigt, zunächst das Peritoneum bis zum Eingang der Bruchpforte durch fortlaufende Catgutnaht vereinigt. Dann wurde das Omentum maius, welches vielfach mit der Haut innen verwachsen war, von der Bruchsackoberfläche losgelöst und reponiert. Nunmehr wurde die Bruchsackausstülpung mit der sie deckenden Haut excidiert, dann die Muskulatur und Fascie nach vorangegangener Vereinigung des Peritoneums ebenfalls durch Catgut genäht und schliesslich Fascie, Muskulatur und Haut an der Stelle des Bruchsackes durch drei Fils de Flo-

rence vereinigt. Darauf wurde vom Nabel abwärts fortlaufend Muskulatur, Fascie und Haut vereinigt. Dauer der Operation 1 Std. 5 Min. Blutverlust im ganzen mässig. Narkose mit Chloroform bis auf kurzes Würgen ungestört.

Temp. vor der Operation 36,7, Puls 80; Temp. abends 37,2, Puls 100.

Mittags 12 Uhr und 2 Uhr erhält Pat., da der Puls sehr klein wird, je zwei Campherinjektionen; desgleichen wird für den Abend je eine Campher- und Morphiuminjektion gegeben. Pat. hat einmal unter Tags und abends erbrochen. Abends wurden 150 ccm Urin spontan entleert.

3. VII. Pat. hat nachts ziemlich gut geschlafen, heute fühlt sie sich schwach, klagt über Appetitlosigkeit und Uebelkeit. Puls sehr weich. Es wurden 3 Kampherinjektionen und ein Kochsalzeinlauf gegeben. Flatus gehen nicht ab.

Temp. vorm. 37,2, Puls 98; Temp. ab. 37,5, Puls 120.

4. VII. Pat. hat heute Nacht einige Stunden geschlafen. Es besteht noch Brechreiz. Sie klagt über stärkere Blähungen. Der Puls ist klein und arhythmisch, deshalb erhält Pat. wieder einige Kampherinjektionen. Flatus gehen wieder ab. Um 2 Uhr p. m. und 6 Uhr p. m. erhält Pat. wieder je 2 Spritzen Kampher und je 2 mal Strophantustinktur. Der Meteorismus ist ziemlich bedeutend.

Temp. vorm. 37,1, Puls 128; Temp. ab. 37,5, Puls 124.

5. VII. Pat. erhielt heute im Laufe des Tages 5 Spritzen Kampher und 3 mal 8 Tropfen Stro-

phantustinktur; mittags etwas Bouillonsuppe, dann Milch. Flatus gehen ab; 1 Seifenklysma. Der Meteorismus ist noch ziemlich bedeutend, die Schmerzen sind mässig. Am Abend 0,0075 Morphium subcutan.

Temp. vorm 36,7, Puls 120; Temp. ab. 37,0, Puls 128.

6. VII. Pat. erhielt früh, mittags und abends je 2 Spritzen Kampher und 3 mal 8 Tropfen Strophantustinktur. Flatus gehen zwar ab, aber trotz hoher Seifenöleinläufe ist noch kein Stuhlgang erregt worden. Es besteht häufiger Singultus und starkes Durstgefühl. Urin wird spontan entleert. Der Puls setzt immer noch nach einigen Schlägen aus. Der Meteorismus hat jedenfalls nicht abgenommen, jedoch ist ein Exsudat auch an den Seiten nicht nachzuweisen. Pat. ist leicht benommen.

Urin: Reakt. alkal., Alb. pos., Sacch. neg., sehr trüb und flockig; Sediment: rote und weisse Blutkörperchen, einzelne Epithelien. Keine cylindrischen Gebilde.

Pat. erhält noch ein Klysma mit 1 Esslöffel Ol. Therebint.

Temp. vorm. 36,4, Puls 120; Temp. ab. 37,7, Puls 128.

7. VII. Pat. erhielt nachts 2 stündlich Kampher-Injektionen, die aber nicht imstande waren, den Puls zu heben; war während der Nacht ziemlich unruhig. Es tritt häufiges Erbrechen brauner Massen ein. Pat. erhält 9 Uhr a. m. $^1/_2$ Spritze 1% Morphiumlösung. Der Puls ist nicht mehr zu fühlen. Der Meteorismus hat beträchtlich zu-

genommen. Temp. vorm. 37,7. Unter zunehmender Benommenheit tritt um 12 Uhr mittags ganz ruhig der Exitus letalis ein.

Die am 8. VII. von Herrn Obermedizinalrat Professor Dr. O. v. Bollinger vorgenommene Sektion*) führt zu folgendem Resultat:

Länge 146 cm, Körpergewicht 51 kg. Mässig genährter Körper. Haut sehr blass, gelblich. Totenflecken am Rücken mässig entwickelt. Pupillen von mittlerer Weite. Schleimhäute sehr blass. Mammae gut entwickelt. Unterleib sehr stark aufgetrieben. In der Medianlinie vom Nabel bis zur Symphyse eine frische Schnittnarbe. Zwerchfellstand rechts am oberen Rand der IV. Rippe, links ebenso. Darmschlingen miteinander verklebt, durch Gase sehr ausgedehnt. Im kleinen Becken eine geringe Menge dunkelbraunroter Flüssigkeit.

Rippenknorpel stark verkalkt. Pleurahöhlen leer. Lungen nirgends verwachsen. Im vorderen Mediastinum blutige Infiltration von Handtellergrösse. Herzbeutel leer. Im rechten Vorhof zwei Esslöffel voll schwärzlichen Gerinnsels, die anderen Herzhöhlen fast leer.

Linke Lunge: Oberlappen blass, etwas oedematös. Pleura glänzend. Unterlappen schwärzlich, schneidet sich derber. Luftgehalt reduziert, Saftgehalt reichlich, Parenchym von fast milzartiger Consistenz. In den grossen Bronchien blutig-wässeriger Inhalt. Schleimhaut gerötet.

* Sektionsjournal des path. Instituts, Nr. 648, 1904.

Lungenarterienäste leer. Die rechte Lunge zeigt das gleiche Verhalten wie die linke.

Herz: Epicard durchsichtig. Coronararterien geschlängelt. Die Höhle des rechten Ventrikels hühnereigross. Endocard zart. Klappen beweglich. Tricuspidalklappe etwas verdickt. Wandung des Ventrikels von blassgraubrauner Farbe und schlaffer Consistenz, äusserst dünn (0,2 mm im Durchschnitt). Die Fettauflagerung beträgt das 3—4 fache der Muskulatur. Der rechte Vorhof von ähnlichem Umfang, dünnwandig, durchscheinend. Linker Ventrikel etwas enger als der rechte. Endocard getrübt. Klappen nicht verkürzt. Wandung von schlaffer Consistenz. Ostium atrioventriculare für den Daumen durchgängig. Mitralsegel ungleichmässig verdickt. Oberhalb der Aortenklappe eine weissliche Trübung und Verdickung.

Herzmasse: Höhe des linken Ventr. 7,5 cm, Dicke des linken Ventr. 0,8 cm, Höhe des rechten Ventr. 8,5 cm, Dicke des rechten Ventr. 0,2 cm, Aortenumfang 6,0 cm, Pulmonalumfang 6,6 cm.

Milz: Klein, gerunzelt. Parenchym blutleer. Gerüst sichtbar.

Magen und Darm: Im Magen graubrauner Inhalt. Schleimhaut blass, schmutziggrau verfärbt. — Mastdarm leer, Schleimhaut blass. — Dünndarm gebläht. In den oberen Partien dunkelgrüner Inhalt. Schleimhaut blass, kaum geschwellt. Unterer Teil des Ileums kollabiert, wenig gashaltig, enthält 1 Ascaris lumbricoides.

Leber: Von normaler Grösse. Parenchym blass, leicht ikterisch. In der Gallenblase dicklich schwärzliche Galle, leichte Gerinnsel.

Harnblase leer, Schleimhaut blass, etwas grau verfärbt und durch Haemorrhagien gerötet.

Nieren: Kapsel fettreich, leicht abziehbar. Oberfläche glatt. Parenchym blass.

In der Vagina Schleim. Portio verstrichen, intakt. Cervikalkanal vorhanden. Uteruskörper fehlt. Viele Nähte. Wundflächen mit Blutgerinnsel bedeckt. Ovarien und Tuben fehlen. Das Beckenbindegewebe hauptsächlich links stark blutig infiltriert.

Gewichte: L. Lunge 410 g, r. Lunge 440 g, Herz 260 g, Leber 1210 g, Miz 80 g, l. und r. Niere je 220 g.

Diagnose:

Hypostatische Pneumonie. Starke Atrophie des Herzens. Anaemie der Leber, Milz, Nieren. Starker Meteorismus im Bereich des Dünndarms. Defekt des Corpus uteri im Anschluss an eine Operation. Ascaris lumbricoides im Dünndarm.

Die mikroskopische Untersuchung des Herzens ergibt folgenden pathologischen Befund:

1. Allenthalben findet man auf den Schnitten in der Nähe der Kerne der einzelnen Muskelfasern und von hier aus sich in der Achse der Faser spindelartig fortsetzend Einlagerungen von braunem Pigment.

2. Ebenso beobachtet man an vielen Stellen eine Fragmentation der Muskelfasern der Quere nach, sodass bald eine Anzahl von regelmässigen quadratischen oder rechteckigen Stückchen, zwischen denen sich je ein kleiner Zwischenraum befindet, auf einander folgen, bald ein unregelmäs-

siger Zerfall in einzelne sich schwach färbende Schollen eintritt.

3. Stellenweise, besonders in der Umgebung der Gefässe ist das Bindegewebe etwas vermehrt.

Diagnose: Braune Atrophie, Fragmentatis.

Fassen wir nun diesen Fall kurz zusammen, so müssen wir sagen: Eine keineswegs kachektische oder anaemische Frau (s. Status!) im Alter von 58 Jahren, an grossem Uterusmyom leidend, welches sich mit einer Nabelhernie komplizierte, wird köliotomiert, Myom und Hernie beseitigt, die Operation verläuft gut, bald darauf jedoch stellt sich eine immer schwerer werdende Herzschwäche ein, welche am 5. Tage nach der Operation zum Exitus führt. Dabei ist auffällig, dass sich aus der Anamnese keine Ursache für eine Herzerkrankung ergibt, die aber schon einige Zeit vor der Operation bestanden haben muss. Denn die „asthmatischen Anfälle", die Klagen über Druck und Beengung in der Herzgegend, vielleicht auch das erschwerte Atmen dürften wohl darauf zurückzuführen sein. Die klinische Untersuchung ergibt nur eine geringe Verbreiterung der absoluten Herzdämpfung bis unter die Mitte des Sternums. Nach der Operation aber tritt die Herzerkrankung in den Vordergrund: Einige Stunden nach der Operation schon wird der Puls sehr klein, die Patientin erhält 2 Kampherinjektionen. Am nächsten Tag steigt die Pulsfrequenz auf 120 Schläge pro Minute, es sind 3 Kampherinjektionen nötig. Am dritten Tage wird auch Arhythmie des Pulses beobachtet. Es wird reichlich Kampher und Stro-

phantus gegeben. Auch in den nächsten zwei Tagen bleibt der Puls schlecht, stets über 120, klein und aussetzend. Kampher und Strophantus bleiben wirkungslos. Am fünften Tage wird der Puls unfühlbar; mittags 12 Uhr Exitus.

Die Sektion ergibt als Hauptbefund eine starke Atrophie (mikrosk. Bef.: braune Atrophie) des Herzens. Die hypostatische Pneumonie ist auf die Herzschwäche zu beziehen. Der starke Meteorismus konnte durch die Sektion nicht vollständig aufgeklärt werden. Bemerkenswert sind die Blutungen im vorderen Mediastinum und im Bindegewebe des kleinen Beckens, welche wohl mit einer Erkrankung der Gefässe in Zusammenhang stehen.

Dass wir es im vorliegenden Falle mit einem Herztod zu tun haben, ist klar. Da aber weder langdauernde Blutungen, noch Kachexie oder dergleichen der Herzerkrankung zugrunde liegen, auch die Nabelhernie dafür wohl nicht beschuldigt werden kann, so sind wir darauf hingewiesen, einen Zusammenhang zwischen dem Myom und der Herzdegeneration anzunehmen. Wir haben also einen jener Fälle vor uns, von denen oben die Rede war.

Derselbe ist auch ein Beweis gegen die Behauptung einzelner Autoren,[8]) dass die Degeneration des Herzmuskels bei Uterusmyom lediglich durch langdauernde Blutungen, welche zu hochgradiger Anaemie und zu einer Herabsetzung des allgemeinen Kräftezustandes führten, bedingt sei.

[8]) Leopold: Ueber Behandlung grosser Uterusmyome, Centralblatt f. Gyn. 1894 Nr. 4.

Gegen diese Anschauung ist u. a. auch Brosin[5]) aufgetreten, welcher die Herzdegeneration typisch für Myome hält und darauf hinweist, dass man sie bei anderen Tumoren vermisse, dass sie auch nicht durch Blutungen und Säfteverluste bedingt sein könne, denn beim Uteruscarcinom z. B., bei dem die Blutungen ja auch oft sehr bedeutend seien, finde man sie nicht. Der gleichen Ansicht sind auch Strassman und Lehmann,[9]) welche einerseits betonen, „wie überraschend oft die Widerstandsfähigkeit eines durch Jauchung, Blutung und Morphinismus angegriffenen krebskranken Organismus ist", andererseits aber in einer ausgedehnten Statistik auf Grund des objektiven Befundes und sicher ausgesprochener subjektiver Symptome beweisen, dass bei Uterusmyomen in 40,8% „eine anatomische Läsion des Herzens festgestellt werden kann, eine Zahl, die wohl jeden Gynäkologen überrascht".

Des weiteren finden wir bei einzelnen Autoren die Ansicht, dass auch andere Abdominaltumoren zur Herzdegeneration führen könnten [Sébileau, Pozzi, Fenwick[10])]; doch handelt es sich dabei meist um grosse Tumoren. Und dass ein solcher, mag er nun ein Myom oder eine Ovarialcyste oder was immer sein, wenn er eine gewisse Grösse erreicht hat, allein schon durch mechanische Einflüsse allmählich zu Herzaffektionen führen kann, dürfte wohl von niemand

---

[9]) Strassmann und Lehmann: Zur Pathologie der Myomerkrankung, Arch. f. Gyn. Bd. 56.

[10]) Fenwick, The Lancet 1888, Vol. I. Mai und Juni, p. 1015 und 1067.

bestritten werden. Für die Myome aber ist es nach Strassmann und Lehmann charakteristisch, dass Herzerscheinungen oft schon zu einer Zeit auftreten, wo die Tumoren noch klein sind und die schädigenden Momente der grossen Tumoren (Kreislaufwiderstände, Hemmung der Bewegungsfreiheit des Individuums, Herabsetzung des allgemeinen Kräftezustandes) wegfallen.

Wenn also auch kleine Myome und diese schon in früher Zeit zu Herzerkrankungen führen können, so wäre es sicher von Interesse, den anatomischen Herzbefund bei den Fällen kennen zu lernen, welche nicht direkt infolge ihrer myomatösen Erkrankung zum Exitus kamen, sondern bei denen sich das Myom, das im Leben vielleicht nie diagnostiziert wurde, zufällig bei der Sektion findet. Wir haben es nun im Folgenden versucht, auf Grund eines anatomischen Materials, ähnlich wie Strassmann und Lehmann auf Grund klinischer Untersuchungen zu einem Resultat in der Myom-Herzfrage zu kommen. Da die Statistik all die Fälle während dreier Jahre umfassen soll, bei welchen Uterusmyome in irgendwelcher Form, also auch die kleinsten, zu finden sind, so kann hier nicht der Vorwurf geltend gemacht werden, dass die Grösse des Unterleibstumors, die langdauernden Blutungen etc. die Herzdegeneration hervorgerufen haben. Allerdings finden wir in der Statistik, wie dies natürlich ist, eine Reihe von Fällen, in denen sich die Herzerkrankung auf eine andere primäre beziehen lässt. Doch dies lässt sich ja nicht vermeiden,

und wir wollen dieselben, wenn wir Schlüsse aus der Statistik ziehen, sorgfältig berücksichtigen.

Die Fälle stammen sämtliche aus dem pathologischen Institut in München und werden der Reihe nach ohne Auswahl, wie sie in den Sektionsberichten zu finden sind, angeführt. Es soll der Myombefund, der Herzbefund und, um Schlüsse auf den letzteren zu gestatten, auch die vollständige anatomische Diagnose angegeben werden. Die Angaben über die Ovarien sind leider unvollständig, und aus dem gleichen Grunde musste auf den Gefässbefund, der auch sehr wertvoll gewesen wäre, verzichtet werden.*)

Nr. 1. 1898. S.-Nr. 3. D. J., 68 J.

Beschaffenheit des Myoms: Uterus vergrössert, durch zahlreiche aus seiner Wand hervorspringende Myome deformiert. Diese teils subserös, teils submucös, teils interstitiell.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzgew. 425 g. R. Ventr. etwas verbreitert, mit hypertrophischer Muskulatur. An Mitral- und Aortenklappen Verdickungen und Auflagerungen. Endocard des l. Vorh. diffus verdickt. Coronararterien geschlängelt, Intima verdickt. Muskulatur des H. gelbrot, ziemlich stark fettig glänzend. Aorta abdominalis mit teilweise atheromatösen Einlagerungen. Diagnose: Verrucöse (recidivierende) Endocarditis der Aortaklappen und Dilatation des Herzens. Sklerose der Coronararterien.

Sonstiger Befund: Stauungsorgane. Leichte Atrophie der Nieren. Ulcus varicosum.

*) Auch Veränderungen des Pericards werden nicht angegeben.

Ovarien: L. O. atrophisch, in ihm ein erbsengrosser, von zackiger Kapsel umgebener cystischen Herd. R. O. vollkommen atroph., eine über walnussgrosse Cyste.

Nr. 2. 1898. S.-Nr. 14. W. M., 49 J.

Beschaffenheit des Myoms: Vom Uterus gehen vier Myome aus, von denen drei ungefähr faustgross, eines über zweifaustgross ist.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Muskulatur blass, ziemlich braun. Coronargefässe etwas geschlängelt. Aorta- und Mitralklappen etwas verdickt, an ersterer frische verrucöse Auflagerungen. Endocard d. l. Vorh. stark, d. l. Ventr. etwas verdickt. Dicke des r. Ventr. nur 0,2 mm. Diagnose: Braune Atrophie des Herzens. Endocarditis verrucosa der Ao.-Kl.

Sonstiger Befund: Allg. Anaemie u. Atrophie. Struma parenchymatosa. Fraktur des Femurhalses, der Tibia u. Fibula l. Struma der Nebenniere.

Ovarien: Atrophisch. L. eine Ovarialcyste mit klarem Inhalt in der Ausdehnung einer Walnuss.

Nr. 3. 1898. S.-Nr. 39. K. V., 53 J.

Beschaffenheit des Myoms: Uterus vollkommen eingebettet in eine Masse von grauweissen, derben Tumoren von Hühnerei- bis Faustgrösse (Myome).

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzgew. 355 g. H. im Breitendurchmesser leicht vergrössert. Muskulatur des r. Ventr. von welker Konsistenz. R. Vorh. dilatiert. L. Ventr. etwas erweitert. Pap.-Muskel an der Spitze sehnig entartet. Endoc. streifig getrübt. Mitr. und Ao.-Kl. verdickt, mit Auflagerungen. Die ganze Aortenwandung von fibrösen, narbi-

gen, stellenweise kalkigen, platten Herden durchsetzt. Lumen oberhalb der Klappen stark ausgeweitet, beinahe kugelförmig nach rechts vorspringend. Diagnose: Fibröse Endocarditis d. Ao.-Kl. mit Insuffic. ders. Arteriosklerose d. aufsteigenden Aorta mit aneurysmatischer Erweiterung derselben. Hypertrophie d. l. Ventr.

Sonstiger Befund: Eitrig-jauchige rechtss. Oophoritis mit Durchbruch nach oben. Rechtss. Pelveoperitonitis. Sepsis. Milztumor. Kapillarbronchitis. Verstopfungsatelektase im r. Unterlappen.

Ovarien: L. O. ungefähr bohnengross, fibrös entartet. An der Stelle des r. O. eine taubeneigrosse Höhle mit missfarbiger, derber Wandung und übelriechendem Inhalt.

Nr. 4. 1898. S.-N. 84. F. B., 36 J.

Beschaffenheit des Myoms. Der Uterus enth. ein kleines subseröses Myom.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzgew. 350 g. H. namentl. nach r. vergrössert. Auf dem Endoc. zahlreiche punktförmige Petechien. Wandung d. r. Ventr. auf das doppelte verdickt. Ao.-Kl. und Ostium atrioventr. sin. blutig imbibiert. Letzteres nur für einen dicken Bleistift durchgängig. L. Vorh. bedeutend erweitert. Wandung sehr kräftig. Wandung des l. Ventr. dünn. Diagnose: Chron. luet.) fibröse Endocarditis d. Mitr. mit starker Stenose und Insuffic. Marantische Thrombose im l. Vorh.

Sonstiger Befund: Embolie mit embolischer Erweichung im r. Schläfelappen. Etwas älterer emb. Infarkt in d. l. Niere. Braune Indurat. d. Lunge. Cyanot. Indurat. d. Milz u. d. Nieren. Muskatnussleber. Leichter Höhlenhydrops.

Ovarien: R. O. enth. eine haselnussgrosse Cyste und ist durch Spangen mit der Umgebung verwachsen. L. O. höckerig, derb anzufühlen.

Nr. 5. 1898. S.-Nr. 162. L. T., 47 J.

Beschaffenheit des Myoms: Hinten links in der Wand des Uterus ein Myom. Ausserdem zerstreut 4 bis 6 ähnliche Geschwülste bis zu Kirschgrösse.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herz verbreitert. Wandung dünn und welk.

Sonstiger Befund: Embolie der Lungenarterien mit totaler Obstruktion beider Lungenarterien, ausgehend von einem primären Thrombus in d. Ven. hypogastric. sin. und d. Ven. fem. sin. Haemorrhag. Endometritis. Starkes Lungenoedem. Hydrothorax beiders. Hochgr. allg. Anaemie.

Ovarien: L. O. eine kirschgrosse Cyste. R. mehrere Serumcysten.

Nr. 6. 1898. S.-Nr. 213. H. Ph., 43 J.

Beschaffenheit des Myoms: Auf der vord. Wand des Uterus ein Myom, nicht scharf abgegrenzt, von ca. 2 cm Durchmesser.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Epicard mit Bindegewebsauflagerungen. Endoc. des l. Vorh. diffus verdickt. Die Intima des Anfangsteils der Aorta zeigt kleine, gelbliche, matt aussehende, fettige Einlagerungen. In geringem Grade auch die Coronararterien.

Sonstiger Befund: Jauchig-eitrige Cystitis inf. von Blasenstein. Pyelitis. Pyelonephritis. Dilatation der Ureteren. Hydronephrose mit vollkommener Atrophie der Niere. Vaginitis.

Ovarien: Beide Ovarien etwas höckerig.

Nr. 7. 1898. S.-Nr. 217. N. C., 48 J.

Beschaffenheit des Myoms: Myotomie.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzgew. 175 g. H. halb mannsfaustgross. Wandung dünn, blass, bräunlich, brüchig. Aortenintima zeigt leichte Flecken. Diagnose: Atrophie des Herzens.

Sonstiger Befund: Exzessive allg. Anaemie. Adhaesivpleuritis.

Ovarien: R. Ov. von bedeutendem Umfang Ueberzug gerötet. Das Gewebe schneidet sich weich; ödematös, von Blutherden durchsetzt. Klinische Diagnose: Herzschwäche. Die Myotomie fand 4 Tage a. m. statt.)

Nr. 8. 1898. S.-Nr. 273. B. A., 66 J.

Beschaffenheit des Myoms: In der hint. Wand des Uterus ein subseröses Myom.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzgew. 600 g. Im Herzbeutel ein Weinglas voll blutig-seröser Flüssigkeit. H. in allen Durchmessern vergrössert, doppelt faustgross. Fettauflagerung reichlicher als normal. Coronargefässe geschlängelt. R. Ventr. eng. L. Ventr. ebenso. Die Wandung fast aufs doppelte verdickt. Muskulatur derb. L. und r. Vorhof mit verdickten Wandungen. Die Intima der Aorta zeigt unbedeutende Trübungen. Diagn.: Hypertrophie des Herzens ohne Dilatation.

Sonstiger Befund: Apoplexie inf. v. Platzung eines Aneurysmas der Art. basilaris. Lungenödem. Induration der Lunge. Adhaesivpleuritis.

Nr. 9. 1898. S.-Nr. 437. K. F., 45 J.

Beschaffenheit des Myoms: In der Wand d. Ut. am Uebergang in die Cervix befindet sich eine grosse Anzahl von erbsengrossen

Myomen. An der hinteren Wand ebenfalls zwei subseröse Myome.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: H. etwas vergrössert. Wandung des r. Ventrik. ziemlich dünn, von blassbräunlicher Farbe. L. Ventr. etwas weiter als der rechte. Endocard leicht getrübt. D. Vorh. dünnwandig. Die Intima der Aorta zeigt leichte Grade von Sklerose. Struma.

Sonstiger Befund: Hydrocephalus intern. Eitrige Nephritis. Anaemie.

Nr. 10. 1898. S.-Nr. 438. M. E., 42 J.

Beschaffenheit des Myoms: Vom Ut. ausgehend, eine demselben aufsitzende, über kindskopfgrosse, harte, mit mehreren haselnuss- bis apfelgrossen Knoten durchsetzte Geschwulst.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzgew. 385 g. H. namentlich nach r. etwas verbreitert, mit sehr reichlichem subepic. Fett. Beide Ventr. weit. Diagnose: Adipositas cordis. Dilatation des Herzens.

Sonstiger Befund: Carcinoma mammae. Metastasen in der Leber. Stauungslunge. Lungenoedem.

Nr. 11. 1898. S.-Nr. 448. E. M., 57 J.

Beschaffenheit des Myoms: Kindskopfgrosses Fibromyom, vom r. Lig. lat. ausgehend.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzgew. 170 g. H. sehr klein und schlaff. Beide Ventr. äusserst dünnwandig und sehr eng. Muskulatur hochgradig zerreisslich. Dicke des r. Ventr. 0,2 mm. Diagnose: Atrophie des Herzens.

Sonstiger Befund: Carcinom an d. kleinen Curvatur. Diffuse Carcinose des Peritoneums.

Operierte Nabelhernie. Eitrig-fibrinöse Peritonitis. Emphysem der Lunge.

Nr. 12. 1898. S.-Nr. 453. W. E., 48 J.

Beschaffenheit des Myoms: An der Vorderseite des Ut. 3 kleine Myome.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Auf dem Epicard Sehnenflecken. R. Vorh. ziemlich dünnwandig.

Sonstiger Befund: Pyopneumothorax rechts. Recurr. Tuberc. beider Lungen. Frische eitrige Darmtuberkulose. Kompressionsthrombose der Ven. iliac. ext. und comm. dext. mit Fortsetzung in die V. fem.

Ovarien: Multiple Cystenbildung beider Ov.

Nr. 13. 1898. S.-Nr. 485. B. A., 62 J.

Beschaffenheit des Myoms: Mehrere subseröse Myome des Uterus.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Endocard des rechten Ventrikels an mehreren Stellen sehnig getrübt. Muskulatur blassrot. L. Ventr. von starker Wandung. Das Endocard im oberen Teil, sowie die Intima der Aorta zeigen weisslichgelbliche Verfärbung. L. Vorhof stark verfettet. An Mitr.- und Ao.-Kl. Einlagerungen. Die Intima der Aorta zeigt zahlreiche beetförmige Unebenheiten. Diagnose: Chron. atheromatöse Endocarditis und Endaortitis. Braune Atrophie des Herzens.

Sonstiger Befund: Chronische eitrige Bronchitis und Peribronchitis. Alte verkalkte Tuberk. d. r. Oberlappens. Chron. fibrös. Leptomeningitis. Hydrocephal. int. ex vacuo.

Ovarien: L. Ovar eine einkammerige Cyste mit serösem Inhalt.

Nr. 14. 1898. S.-Nr. 486. Z. T., 51 J.

Beschaffenheit des Myoms: Im Cavum ut. ein mannsfaustgrosses Myom und an beiden Flächen zahlreiche bis kirschkerngrosse Myome.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: H. klein, mit starker epicardialer Fettauflagerung. Coronargefässe stark geschlängelt. Wandung derselben leicht verdickt. R. Ventr. etwas erweitert. Papillarmuskel schlaff, dünn; ebenso im l. Ventr. Das Endocard zeigt leichte sehnige Trübungen.

Sonstiger Befund: Katarrhal. Pneumonie des r. Unterlappens. Akute parenchymat. Nephritis. Fettleber. Starke Hyperaemie der Dickdarmschleimhaut. Hydroceph. ext. Alte tuberk. Herde d. r. Spitze.

Nr. 15. 1898. S.-Nr. 520. P. M., 64 J.

Beschaffenheit des Myoms: Im Uterus 2 kleine Myome.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzgew. 390 g. H. hypertrophisch, in beiden Abschnitten dilatiert. R. Ventr. sehr weit. Endoc. d. l. Ventr. sehnig getrübt. Diagnose: Hypertr. d. H. mit Dilatat. d. r. Ventr. und Vorh.

Sonstiger Befund: Chron. Spitzentuberk. mit Cavernenbildung im l. Oberlappen. Katarrhal. Pneumonie des r. Mittel- und Oberlappens. Oedem beider Unterlappen. Thrombose der Ven. femoral. Embolie der Lungenarterie. Fettleber. Cyanotische Induration der Nieren. Colloid-Struma.

Nr. 16. 1898. S.-Nr. 522. T. A., 67 J.

Beschaffenheit des Myoms: Im corpus uteri ein grosses, vollkommen verkalktes Myom.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: H. im r. Abschnitt etwas dilatiert. Muskulatur des r. Ventr. durch das reichliche epicardiale Fett stellenweise vollkommen ersetzt. Papillarmusk. klein, schwach, platt. R. Vorh. stark dilatiert. Musk. d. l. Ventr. von braungelber Farbe, äusserst brüchig. Ao.-Kl. verdickt. L. Vorh. sehr weit, sein Endoc. bildet am Eintritt der Lungenvenen eine 4 cm lange, frei flottierende Spange. Die Intima der Aorta fleckenweise verdickt (Dicke des r. Ventr. 0—0,2 mm). Diagnose: Fettige Degeneration und Fettdurchwucherung der Herzmuskulatur.

Sonstiger Befund: Pneumonie des r. Oberlappens im Stad. der grauen Hepatisation. Fibrinöse Pleuritis rechts oben und links unten. Hypostatische Pneumonie. In beiden Unterlappen ausgeheilte käsige Herde. Fettleber. Milztumor. Geringer Hydrocephal. ext.

Nr. 17. 1898. S.-Nr. 536. E. T., 54 J.

Beschaffenheit des Myoms: Im Cavum uteri zwei kirschgrosse Myome.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzgew. 320 g. H. in beiden Abschnitten hypertrophisch und dilatiert, sehr schlaff. An den Klappensegeln des r. Ventr. mehrere warzige, rötliche Erhabenheiten. Endocard des l. Ventr. sehnig getrübt. Unter demselben findet man einige kalkharte, flache Stellen. Ao.-Kl. verdickt, von ihnen lässt sich ein zarter, leicht anhaftender Fibrinbeschlag abziehen.

Sonstiger Befund: Jauchiges Carcinom des Uterus. Durchbruch ins kleine Becken. Eitrige Peritonitis. Schrumpfniere (genuine), r. Pyelonephritis l., Fettleber. Eitrige Bronchitis und beginnende Bronchopneumonie. Lipome der Hautdecken am Bauch. Netzbruch am Nabel.

Nr. 18. 1898. S.-Nr. 545. N. M., 62 J.

Beschaffenheit des Uterus: Im Uterus 2 kleine Myome.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzgew. 190 g. H. klein. Coronargef. geschlängelt. R. Vorh. von derber Consistenz. L. Ventr. klein, Muskulatur von geringer Dicke. Endocard und Klappen milchig getrübt.

Sonstiger Befund: Diffuse Sarkomatose d. Bauchfells, der Zwerchfellpleura und der Unterlappen. Sero-fibrinös-haemorrhagische Peritonitis und Ascites. Hochgradige allg. Anaemie. Doppelseitige haemorrhagische Pleuritis. Marantische Thrombose der Ven. iliac. comm. dext. Aeltere embolische Thrombose in fast sämtlichen Lungenarterienästen.

Nr. 19. 1898. S.-Nr. 626. S. A., 49 J.

Beschaffenheit des Myoms: Myoma ut.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: —

Sonstiger Befund: Eitrige Peritonitis nach Exstirpation des Uterus. Emphysem beider Lungen.

Nr. 20. 1898. S.-Nr. 673. R. K., 50 J.

Beschaffenheit des Myoms: Grosses Fibromyom des Uterus.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzgew. 620 g. H. nach beiden Seiten vergrössert. Wandung des r. Ventr. nur wenig, die des linken auf das doppelte verdickt, von äusserst zäher, starrer Consist., auf Flachschnitten vereinzelte, wenig glänzende Einlagerungen. Diagnose: Hochgradige concentr. Hypertrophie des l. Ventr. (bei vollständigem Schwund der l. Niere).

Sonstiger Befund: Hydronephrose und Granularatrophie der r. Niere. Chron. Oedem und braune Induration beider Lungen. Gehirnoedem. Induration der Leber. Struma colloides.

Nr. 21. 1898. S.-Nr. 693. M. v. R., 38 J.

Beschaffenheit des Myoms: Der Uterus ist von mehreren welschnuss- bis zitronengrossen Myomen durchsetzt. Die grösseren sind verkalkt.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: (unvollständig!) H. klein. Im Herzbeutel, dessen Blätter verwachsen sind, ca. 100 ccm blutige Flüssigkeit.

Sonstiger Befund: Embolische Encephalomalacie der r. Hirnhemisphäre. Pachymeningitis int. haemorrh. Terminale schlaffe Pneumonie des l. Unterlappens. Akute haemorrhag. fibrinöse und adhaesive Pericarditis. Alte oblit. Thrombose der Art. fem. u. iliac. ext. sin. Retroperitonealer Beckenabscess wahrscheinlich von Decubitus ausgehend.

Ovarien: R. Ovar verkleinert.

Nr. 22. 1898. S.-Nr. 706. G. F., 40 J.

Beschaffenheit des Myoms: Hühnereigrosses, interstitielles Fibromyom des Uterus.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: H. etwas vergrössert.

Sonstiger Befund: Amputation der r. Tube wegen einer vereiterten Dermoidcyste. Eitrige diffuse Peritonitis. Croupöse Pneumnonie des r. Unterlappens. Emphysem des r. Oberlappens.

Ovarien: R. Ovar entfernt.

Nr. 23. 1898. S.-Nr. 711. G. R., 60 J.

Beschaffenheit des Myoms: Ein gänseeigrosses, gestieltes Myom am Fundus des Uterus, zwei kleinere an der rechten Seite des Fundus.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzgew. 360 g. H. mässig vergrössert. Auf der vorderen Fläche ein grosser Sehnenfleck, ebenso auf der Rückseite. In der Spitze des r. Ventrik. findet sich in der Muskulatur ein hanfkorngrosses vereinzeltes Knötchen eingelagert; ebensolche finden sich unter dem Endocard des l. Ventr. Die Aortenklappen zeigen an ihrem Ansatz einen derben kalkartigen Ring. Insuffic. der Ao.-Kl.

Sonstiger Befund: Operiertes Sarkom im r. Schilddrüsenlappen. Sarkom im l. Drüsenlappen. Metastasen in sämtlichen Organen.

Ovarien: L. Ovar in eine kindskopfgrosse Cyste verwandelt. R. Ov. mit dem Myom verwachsen.

Nr. 24. 1898. S.-Nr. 1005. A. S., 44 J.

Beschaffenheit des Myoms: R. u. l. am Ostium uterinum je ein erbsengrosses Myom.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzgew. 350 g. Im Epicard Sehnenflecken. Auf der hint. Wandung des l. Ventr. subendocardiale Sugillationen. Geringer Grad von Arteriosklerose im Arcus aortae.

Sonstiger Befund: Apoplexia cerebri. Lungenoedem. Hypoplasie der Nieren. Pelveoperitonitis. Gastromalacie.

Ovarien: R. Ov. zeigt Verwachsungen.

Nr. 25. 1898. S.-Nr. 1019. N. C., 67 J.

Beschaffenheit des Myoms: In der Wand des Uterus ein subseröses Myom.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Das Herz erscheint in seiner rechten Hälfte vergrössert. Muskulatur braun. Endoc. in beiden Ventr. getrübt. In d. Ao.-Kl. kalkige Einlagerungen.

Sonstiger Befund: Fibrinös-haemorrh. Pericarditis. Senile Gehirnatrophie. Pachymeningit. adhaesiva. Hydrocephalus int. ex vac. Granularatrophie der Nieren. Milztumor. Stauungshyperaemie des Dünndarms.

Ovarien: In der Gegend des l. Ov. eine kirschgrosse Cyste.

Nr. 26. 1898. S.-Nr. 1035. L. K., 63 J.

Beschaffenheit des Myoms: Im Fundus uteri ein walnussgrosses Fibromyom, ein kleineres dicht an der Neubildung (s. sonst. Bef.).

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: H. ziemlich gross. R. Abschnitt äusserst schlaff. Im Epicard einige Sehnenflecken. Muskulatur des r. Ventr. von schmutzig graubrauner Farbe, stark gelblich gefleckt, die des l. Ventr. hell braungelb. Auf Flachschnitten gelbliche Färbung, sowie speckiger Glanz. Konsistenz sehr brüchig. Dicke des r. Ventr. 0,1—0,2 cm. Diagnose: Fettige Degeneration des Herzens.

Sonstiger Befund: Hypostatische Pneumonie im l. Unterlappen. Sero-fibrinöse Pleuritis rechts. Geschwulstmetastasen in den Lymphbahnen der Pleura. Carcinom des Uterus und der Scheide, übergreifend auf die Blase und die retroperitonealen Lymphdrüsen. Kompression d. Ureteren. Hydronephrose. Oedem d. Nieren.

Nr. 27. 1898. S.-Nr. 1037. O. T., 51 J.

Beschaffenheit des Myoms: An der l. Seite des Uterus ein kastaniengrosses, derbes Fibromyom.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Das Herz etwas verkleinert. Epicard sehnig getrübt. Koronargefässe hochgradig geschlängelt. Endocard des l. Ventrik. getrübt.

Muskulatur hellbraun, brüchig. Die Ao.-Kl. an ihrem Ansatz rigid.

Sonstiger Befund: Abgeweidetes Carcinom des Oesophagus und der Cardia mit Perforation. Diffuse eitrige Perforationsperitonitis. Milztumor. Beginnende fettige Degeneration der Nieren und der Leber. Exsudative Pleuritis links. Oedem des Gehirns.

Nr. 28. 1898. S.-Nr. 1048. F. K., 59 J.

Beschaffenheit des Myoms: Im Uterus mehrere Myome.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herz erweitert. Wandung des l. und r. Ventr. dünn.

Sonstiger Befund: Carcinom des Pylorus. Operative Entfernung 8 Tage a. m. Gastroenterostomie. Spontane Perforation der Magen-Darmnaht. Jauchig-haemorrhagische Perforationsperitonitis. Hypostat. Pneumonie im r. und l. Unterlappen. Allgemeine Anaemie und Abmagerung.

Nr. 29. 1898. S.-Nr. 1085. J. C., 48 J.

Beschaffenheit des Myoms: Auf der vorderen Uteruswand sitzt ein gestieltes Myom. In der Nähe kleinere ähnliche Geschwülste.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Wandung des r. Ventr. von schlaffer Consistenz. Wandung des l. Ventr. bräunlich verfärbt. Muskulatur sehr schlaff.

Sonstiger Befund: Hernia incarcerata dextr. Vorfall einer gangränösen Darmschlinge. Operation. Eitrig-jauchige Entzündung der Wundränder. Allg. Anaemie. Adhaesive Pelveoperitonitis. Hydrosalpinx doppelseitig.

Ovarien: Tuben und Ovarien verwachsen.

Nr. 30. 1898. S.-Nr. 1104. S. A., 42 J.

Beschaffenheit des Myoms: Myom des Uterus. Corp. ut. und beiderseitige Adnexe vollständig abgetragen.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzgew. 196 g. H. ausserordentlich klein. Muskulatur zäh, Dickendurchmesser gering. Endocard streifig getrübt. Diagnose: Atrophie des Herzens.

Sonstiger Befund: Starke allgemeine Anaemie. Alter organisierter Infarkt der Milz. Atrophie der Nieren.

(Klinische Diagnose: Tod durch Herzparalyse 36 Std. nach supravaginaler Entfernung des Uterus wegen Myom.)

Nr. 31. 1899. S.-Nr. 7. B. V., 75 J.

Beschaffenheit des Myoms: Rechts hinten an der Wand des Fundus haftet ein walnussgrosses, subseröses Myom.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: H. beträchtlich vergrössert. Epicard leicht getrübt. R. Ventr. dilatiert. Muskulatur von lehmgelber Farbe. R. Vorh. gleichfalls dilatiert. An den Klappensegeln knollige Auftreibungen. L. Ventr. dilatiert, äusserst dickwandig. Endocard sehnig getrübt. Musk. sehr brüchig, auf Flachschnitten in derselben gelbe Streifen und diffus verbreiterte gelbe Herde erkennbar. Am Rand der Ao.-Kl. kalkige Einlagerungen, ebenso in der Aortenintima. Am Mitralrande zahlreiche derbe Knötchen. Diagnose: Hypertrophie und Dilatation beider Herz-Abschnitte. Fettige Degeneration der Herzmuskulatur. Atheromatose der Aorta.

Sonstiger Befund: Diffuse Bronchitis in beiden Oberlappen. Alter verkalkter tuberku-

löser Herd an der linken Spitze. Oedem der übrigen Lungenpartien. Stauungsmilz. Cirrhotische Fettleber. Granularatrophie der Nieren. Gallensteine. Hydrothorax r. Alte oblit. Pleuritis l. Hydropericard. Ascites. Anasarka.

Nr. 32. 1899. S.-Nr. 11. S. M., 74 J.

Beschaffenheit des Myoms: Im Uterus zwei haselnussgrosse, teilweise verkalkte Fibromyome.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: H. vergrössert, bes. im l. Abschnitt. Epicard blutig imbibiert. An zahlreichen Stellen der Coronargefässe Kalkeinlagerungen durchfühlbar. Endocard des r. Ventr. blutig imbibiert. L. Ventr. sehr dickwandig. Endocard sehnig getrübt. Der Ansatzrand der Ao.-Kl. bildet einen derben Kalkring. In der Aortenintima mehrere derbe Excrescenzen eingelagert. Diagnose: Hypertrophie des l. Ventr.. Atheromatose der Aorta und der Coronargefässe.

Sonstiger Befund: Chron. interstitielle Nephritis. Emphysem der l. Lunge. Cyanotische Induration der Leber. Stauungskatarrh des Magen-Darmkanals. Cholelithiasis.

Nr. 33. 1899. S.-Nr. 117. L. A., 52 J.

Beschaffenheit des Myoms: In der Wandung des Uterus sind zahlreiche kugelige bis walnussgrosse, harte Myome eingelagert. An der vorderen u. hinteren Wand sitzen mehrere bis hühnereigrosse, geschichtete Myome auf.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: H. nach r. verbreitert. Subepicardiales Fett vermehrt. R. Ventr. auffallend weit, mit schlaffer, blassbrauner Muskelwand. L. Ventr. von geringerem Umfang. In der Muskulatur der hinteren Wand ein haselnussgrosser, wei-

cher, grauweisslicher Geschwulstknoten eingelagert (Carcinommetastase).

Sonstiger Befund: Primäres Carcinom des l. Hauptbronchus mit Einwucherungen in die Lunge und multipl. Metastasen in den Hirnhäuten, sowie im Herzen. Compressionsthrombose der r. Lungenarterie. Oedem aller Lungenabschnitte. Chron. fibr. Perityphlitis. Hydronephrose rechts. Acute haemorrhagische Nephritis.

Nr. 34. 1899. S.-Nr. 151. W. T., ca. 35—40 J.

Beschaffenheit des Myoms: Mannskopfgrosses subseröses Myom entfernt.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Aortenkl. an der Basis und am Schliessungsrand mässig verdickt. An der Mitralis mehrere Knötchen. Muskulatur des l. Ventr. derb, braun.

Sonstiger Befund: Akute Anaemie. Verfettung der hypertr. l. Niere. Hydronephrose und Atrophie der r. Niere. Emphysem der Lungen. Atelectase des r. Unterlappens. Alte adhaesive Pleuritis des linken Unterlappens.

Ovarien: L. Ov. ist in seinem grössten Teil in eine fast nussgrosse, mit klarem Inhalt gefüllte, glattwandige Cyste umgewandelt.

Nr. 35. 1899. S.-Nr. 236. V. B., 63 J.

Beschaffenheit des Myoms: Aus dem Fundus ragt eine Anzahl derber, z. T. verkalkter Myome hervor.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzgew. 410 g. H. ziemlich gross, schlaff. Gefässe verkalkt. Ueber dem r. Ventr. einige stecknadelkopfgrosse, braunrote Prominenzen. Die Muskulatur beider Ventr. blass

gelbbraun, glänzend. Die Ao.-Kl. mässig verdickt und verkalkt. Mitral. gleichfalls verdickt.

Die Aortenintima fleckenweise getrübt, mit einigen kalkigen Einlagerungen. Diagnose: Myodegeneratio cordis. Atheromatose.

Sonstiger Befund: Oedem der Lungen. Hernia umbilicalis; gelöste Incarceration einer Dünndarmschlinge. Umschriebene Peritonitis. Chron. Bronchitis. Adhaesive Pleuritis der r. Lunge. Icterische Fettleber. Chron. Katarrh des Darms.

Ovarien: Ov. klein, mit mehreren Cystchen.

Nr. 36. 1899. S.-Nr. 322. E. R., 79 J.

Beschaffenheit des Myoms: Am Fundus sitzen zahlreiche, grösstenteils gestielte, derbe, verkalkte Myome.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Muskulatur des r. Ventr. vom subepicardialen Fett grösstenteils durchsetzt, blass graurot, brüchig. Endocard des l. Ventr. leicht getrübt. Muskulatur blass graurot, sehr brüchig. Auf den speckig glänzenden Flachschnitten deutliche Streifung. Die Ao.-Kl. an ihrem Ansatzrand fibrös verdickt, ebenso der freie Rand der Mitralis. Diagnose: Myodegeneratio cordis.

Sonstiger Befund: Emphysem beider Lungen. Atrophie sämtl. Organe. Furunkeln über dem Schläfen- und Hinterhauptsbein. Altersnecrose im l. Sprunggelenk.

Nr. 37. 1899. S.-Nr. 414. H. M., 47 J.

Beschaffenheit des Myoms: In der hinteren Wand des Uterus ein intramurales Myom.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: H. im Querdurchmesser etwas vergrössert, besonders nach rechts. Der r. Ventr. ist

erweitert. Die Herzwandung schlaff und verdünnt.

Sonstiger Befund: Ileotyphus mit beginnender Verschorfung. Parenchymatöse Erkrankung der Leber und der Nieren. Markige Infiltration der Mesenterialdrüsen. Bronchitis. Beg. hypostatische Pneumonie. Latente Osteomalacie.

Ovarien: Am r. Ovar eine haselnussgr. Cyste. L. Ov. stark atrophisch, fühlt sich derb, höckerig an.

Nr. 38. 1899. S.-Nr. 435. H. M., 41 J.

Beschaffenheit des Myoms: Im vorderen Teil des Uterus ein kleines Myom.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Geringes Volumen und welke Consistenz. Wandung des r. Ventr. sehr dünn, ebenso die des r. Vorhofs. L. Ventr. dilatiert. Mitralis etwas verdickt. Endocard etwas getrübt.

Sonstiger Befund: Allg. Anaemie. Laparotomie mit Entfernung einer cystischen Geschwulst 8 Tage a. m.

Ovarien: R. Ovar vergrössert.

Nr. 39. 1899. S.-Nr. 454. B. M., 79 J.

Beschaffenheit des Myoms: Im Fundus vorn links ein taubeneigrosses, derbes Myom.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Beide Blätter des Herzbeutels völlig bindegewebig miteinander verwachsen. H. äusserst schlaff. Ueber dem etwas breiteren r. Ventr. reichlich Fett. Seine Muskulatur vielfach fast geschwunden. Endocard des l. Ventr. gegen den Klappenansatz etwas verdickt. An der Milz eine etwa doppelt stecknadelkopfgrosse Prominenz. Muskulatur links schlaff, gelbbraun,

matt glänzend. Alle Klappen stark mit Blutfarbstoff imbib. Diagnose: Obesitas und Degeneratio adiposa cord. Endocarditis verrucosa valv. mitr. Pericarditis adhaesiva.

Sonstiger Befund: Tuberc. obsolet. apic. Pleuritis fibros. chron. Pneumon. lobular. lobor. inf. Bronchit. chron. Cholelithiasis. Atrophia senil. organor. Struma colloides.

Nr. 40. 1899. S.-Nr. 460. S. A., 68 J.

Beschaffenheit des Myoms: Grosses, subseröses Fibromyom des Uterus, kleines in der r. Tubenecke.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: H. von geringem Umfang. Ueber dem r. Ventr. Muskulatur beinahe ganz von Fett durchsetzt, an mehreren Stellen unter dem Endocard Fettträubchen durchgewuchert. Endocard leicht streifig getrübt. Muskulatur blassbraun, schwach.

Sonstiger Befund: Allg. Marasmus. Sclerose in den Rückenmarkseitensträngen. Atrophie des Gehirns. Lungenemphysem.

Nr. 41. 1899. S.-Nr. 535. S. F., 43 J.

Beschaffenheit des Myoms: Im Fundus ein gestieltes subseröses Myom von halb Hühnereigrösse. In der vorderen Wand drei kirschgrosse Myome.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzbeutel verwachsen. Höhle des r. Ventr. eng. Wandung ziemlich kräftig entwickelt, von blassgrauer Farbe. Klappen im l. Ventr. etwas verdickt. Diagnose: Atrophie des Herzens.

Sonstiger Befund: Doppelseitige akute Pleuritis. Herdförmige Tuberkulose und Miliartuber-

cul. der Lungen. Tub. der bronchialen Lymphdrüsen. Milztumor. Icterus.

Nr. 42. 1899. S.-Nr. 596. N. J., 61 J.

Beschaffenheit des Myoms: Im Uterus Myome.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: H. etwas vergrössert, mit vermehrter subepicardialer Fettauflagerung. Muskulatur d. r. Ventr. blass graurot, sehr brüchig. Ventrikelwand vom subepic. Fett grösstenteils verdrängt. Endoc. des r. Ventr. stellenweise getrübt. Tricusp. verdickt. Endocard des l. Ventr. streifig getrübt. Muskulatur mässig derb. Segel der Mitr. verdickt, leicht retrahiert. Diagn.: Hochgradige Adipositas cordis.

Sonstiger Befund: Chron. diff. eitrige Bronchitis. Chron. indur. Tuberc. beider Spitzen. Fettleber. Stauungskatarrh des Magen-Darmkanals. Hirnoedem. Struma hyperplastica et colloides.

Ovarien: In beiden Ovarien mehrere bis kirschkerngrosse Cysten.

Nr. 43. 1899. S.-Nr. 619. R., 78 J.

Beschaffenheit des Myoms: Im Uterus ein vom Fundus ausgehendes, kindskopfgrosses Myom.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: H. in allen Durchmessern vergrössert. Coronargefässe stark geschlängelt. In der l. vorderen Längsfurche ein markstückgrosser Sehnenfleck. L. Ventr. sehr weit, an seiner vorderen Fläche mit einer ziemlich bedeutenden Ausbuchtung, die innen von zahlreichen, schlecht adhaerenten Fibrinmassen ausgefüllt ist. An dieser Stelle zeigt der Muskel zahlreiche

Schwielen. Der absteigende Ast der Art. coron. sin., der diese Region versieht, mit einem obturierenden Thrombus. Im l. Ventr. Endocard ziemlich stark verdickt. R. Ventr. ziemlich weit, mit marantischen Thromben. Coronararterien sclerotisch verengt. Aorta geringgradig atheromatös. Diagnose: Partielles Aneurysma der vorderen Wand des l. Ventr. Thrombose des Ram. descend. art. cor. sin. Sclerose der Coronararterien. Dilatation des H. in allen Durchmessern. Geringe Atheromatose der Aorta.

Sonstiger Befund: Adhaesivpleuritis beiderseits. Haemorrhag. Pleuraexsudat links. Chron. Oedem beider Lungen. Haemorrhag. Infarkte in beiden Unterlappen. Eitrige Bronchitis im r. Unterlappen. Atrophie der Milz und Leber. Arteriosklerotische Schrumpfniere mit reichlichen Cysten.

Ovarien: Ov. ganz klein, derb, weisslich, atrophiert.

Nr. 44. 1899. S.-Nr. 682. K. H., 49 J.

Beschaffenheit des Myoms: Uterus stark deformiert durch sechs kirschkern- bis walnussgrosse Myome.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzgew. 500 g. H. von bedeutendem Umfang. Die Vorhöfe zeigen sehnige Auflagerungen. Ao.-Kl. etwas verkürzt, nicht ganz schlussfähig. R. Ventr. erweitert, gänseeigross. Wandung verdickt, von blasser Farbe und derber Consistenz. R. Vorhof ebenfalls gänseeigross. Mitr.-Kl. retrahiert. L. Vorhof bedeutend dilatiert. Die Wandung zeigt chron. fibr. Endocarditis. (Klinische Diagnose: Myodegeneratio cordis. Mitralinsufficienz.)

Sonstiger Befund: Allg. Hydrops. Sec. beginnende Granularatrophie der Nieren. Stau-

ungsblutungen in den unteren Darmpartien. Muskatnussleber. Embolische vollständig obturierende Thrombose beider Lungenarterien. Embolische Narben in Milz und Nieren.

Ovarien: Ov. sehr blutreich.

Nr. 45. 1899. S.-Nr. 703. B. A., 42 J.

Beschaffenheit des Myoms: Im Fundus ein haselnussgrosses intramurales Myom.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: H. über beiden Ventr. mässig verbreitert, von sehr schlaffer Consistenz. Vorn am r. Vorhof ein Sehnenfleck. Auf der Hinterfläche des l. Ventr. einige punktförmige Ecchymosen. Muskulatur des r. Ventr. hellgelbbraun. Ventr. u. Vorh. erweitert. L. Ventr. mehr als hühnereigross. Endocard an den Klappen etwas verdickt. Muskulatur mürbe, blass gelbbraun, auf der Schnittfläche trocken glänzend. Diagnose: Adipositas und fettige Degeneration des H. Dilatation beider Ventr.

Sonstiger Befund: Carcinoma medullare ovarii sin. mit regionären Metastasen in Uterus und Vaginalwand, d. Lig. lat., den retroperitonealen Lymphdrüsen und Omentum majus. Pyosalpinx links, fortgesetzt in eine hinter den Ut. ins rechte Parametrium sich erstreckende Abscesshöhle. Beg. eitr. Pleuritis beiderseits. Pericarditis. Oedem beider Lungen. Obsolete Tubc. im l. Ober- und Unterlappen. Perisplenitis adhaesiva. Geschwüre im Fornix vaginae und im Rectum. Hydronephrose beiderseits. Dilatation beider Ureteren.

Nr. 46. 1899. S.-Nr. 730. L. A., 61 J.

Beschaffenheit des Myoms: In der Wand des Fundus verkalkte Myome.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Ueber der Vorderfläche des r. Ventr. ein grosser Sehnenfleck. Entlang den Gefässen und an der hinteren Fläche subepicardiale Blutaustritte, ebenso an der l. Vorhofgrenze. Muskulatur des r. Ventr. blassbraun, leicht von Fett durchwachsen. Mitralis am freien Ende stark knotig verdickt. Am freien Rand der Ao.-Kl. kurze, warzenförmige, weissgefärbte, bindegewebige Auswüchse. Muskulatur des l. Ventr. derb, von hellgrauer Farbe. Diagnose: Braune Atrophie des H. Fibröse Endocarditis.

Sonstiger Befund: Sarkom der Lendenwirbelsäule mit Metastasen in der Lunge, den rechtsseitigen Rippen und Sternum, kontinuierlich fortgesetzt auf die Aussenfläche der Dura spinalis. Thrombose der Vena iliaca comm. Embolie der Cava sup. und der Pulmonalarterie. Geringgradiges Emphysem der Lungen und fibröse Pleuritis der Spitzen. Fettleber mit Stauungs-Cholelithiasis. Struma parenchymatosa et cystica. Parametritis fibrosa. Osteophyten der Dura mater spin.

Nr. 47. 1899. S.-Nr. 739. B. K., 48 J.

Beschaffenheit des Myoms: Uterus amputiert wegen verjauchter Myome.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Ueber der Vorder- und Rückfläche je ein Sehnenfleck. Ueber dem l. Ventr. entlang den Gefässen unregelmässig streifige Verdickung des Pericards. Muskulatur d. r. Ventr. stark von Fett durchwachsen. Mitral. am freien Rand knotig verdickt. Endoc. des l. Vorhofs etwas verdickt. Muskulatur dünn, von ausgesprochen brauner Farbe, saftreich. Diagnose: Braune Atrophie des H.

Sonstiger Befund: Oedem beider Lungen. Akuter hyperplastischer Tumor der Milz. Fett-

leber. Venenthrombose in beiden Parametrien. Hydraemie. Beginnende fibröse Cystitis.

Ovarien: Das. l. O. stellt einen 8 cm langen, mit etwas fibrösen Auflagerungen bedeckten Strang dar, der auf dem Durchschnitt ödematös durchfeuchtet erscheint. Am unteren Ende ein etwa kirschengrosser Bluterguss, offenbar einem Graaf'schen Follikel entsprechend.

Nr. 48. 1899. S.-Nr. 848. W. K., ? J.

Beschaffenheit des Myoms: An der vorderen Fläche des Uteruskörpers zwei bis kirschgrosse subseröse Myome. Am r. Eileiter ein kirschkerngrosses Myom.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzgew. 420 g. H. stark vergrössert, nach beiden Seiten verbreitert. An der vorderen Fläche des l. Ventr. ein Sehnenfleck. R. Ventr. über hühnereigross. Endocard fein streifig getrübt. Muskulatur hell braunrot, sehr derb, vom Fett stellenweise durchsetzt. L. Ventr. dilatiert. Endocard getrübt. Muskulatur brüchig. Ao.-Kl. verdickt, leicht retrahiert. Im l. Vorh. Endocard ganz undurchsichtig. Mitr. am freien Ende mit knotigen Auflagerungen. Sehnenfäden verkürzt und verdickt. Auf Flachschnitten ist der Muskel homogen tonartig gefärbt. Diagnose: Hyp. u. Dilat. d. H. Hochgradige Adipositas cordis.

Sonstiger Befund: Chron. tuberk. Basilarmeningitis. Solitärtuberkel in der Gegend der r. Sylvischen Grube. Obsolete Spitzentuberkulose beiderseits. Hypostase und Oedem beider Lungen. Schnürleber mit beginnender Cirrhose. Cyanotische Induration der Nieren.

Ovarien: R. Ov. enthält eine billardkugelgrosse, fluktuierende Cyste, deren Aussenfläche von vielen kleinen höckerigen Fibromen und Cysten besetzt ist.

Nr. 49. 1899. S.-Nr. 937. M. C., 42 J.

Beschaffenheit des Myoms: Gänseeigr. Fibromyom oberhalb der breiten Bänder vom Fundus des Uterus abgelöst. (Vaginale Totalexstirpation des Uterus inf. von Myomen.)

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: H. etwas vergrössert. Subepicardiales Fett sehr reichlich. Beide Ventr. sind schlaff. Muskulatur graubraun. Intima der Pulmonalis blutig imbibiert. Ebenso das Endocard des r. Vorh. L. Ventr. dilatiert, von schlaffer Consistenz.

Sonstiger Befund: Ruptur der hinteren Blasenwand. Hochgradige Anaemie. Obsolete Tuberk. beider Spitzen. Tuberk. Peribronchitis des l. Oberlappens. Chron. Adhaesivpleuritis beiderseits. Oedem der unteren Lungenabschn. Anaemische Fettleber.

Nr. 50. 1899. S.-Nr. 939. K. M., 43 J.

Beschaffenheit des Myoms: Totalexstirpation des Uterus wegen Myomen.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: H. ziemlich gross, mit reichlichem subepic. Fett. Muskulatur des r. und l. Ventr. blass graubraun, ziemlich brüchig. Endocard des l. Vorh. getrübt.

Sonstiger Befund: Eitrig-fibr. Peritonitis. Anaemie sämtl. Organe. Pachymeningitis int. haemorrhagica. Anaemische Fettleber. Tuberk. käsige Pneumonie des r. Unterlappens. Beg. fibr. Pleuritis. Obsolete Tuberk. beider Spitzen.

Nr. 51. 1899. S.-Nr. 946. H. U., 77 J.

Beschaffenheit des Myoms: Am Fundus uteri vier kirschkerngrosse, z. T. verkalkte subseröse Myome.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzgew. 500 g. H. hochgradig vergrössert, mit ziemlich reichlichem subepicardialem Fett. Endocard des r. Ventr. blutig imbibiert. Muskulatur des r. Ventr. sehr brüchig. L. Ventr. etwas dilatiert, Muskulatur dick. Endocard streifig getrübt. Ao.-Kl. verdickt. In der Media der Aorta, namentlich a. d. Abbiegungsstelle der Art. coronar. verschiedene Kalkeinlagerungen. Coronararterien mit zahlreichen gelblichen derben Einlagerungen. Mitr. am Ansatzrand mit strangförmigen Kalkeinlagerungen, Schliessungsrand fibrös verdickt. Muskulatur zeigt auf Flachschnitten zarte hellere gelbe Streifen. Aorta thorac. und abdom. hochgradig atheromatös. Diagnose: Hyp. und Dilat. des H. Hochgradige Atheromatose der Coronararterien und der Aorta. Beg. Myodegeneratio cordis.

Sonstiger Befund: Oedem der Lungen. Hypostase der unteren Lappen mit Atelektase. Hydrothorax. Hydropericard. Chron. interstit. Nephritis. Struma lipomatosa.

Nr. 52. 1899. S.-Nr. 984. H. E., ca. 50—56 J.

Beschaffenheit des Myoms: Im Corpus uteri mehrere bis haselnussgrosse in toto herausnehmbare Myome.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Subepicardiales Fett gallertig umgewandelt. Muskulatur des r. Ventr. stark entwickelt, mit ausgesprochen brauner Eigenfarbe, von derber Beschaffenheit. Im Aortenzipfel der Mitr. einige gelbe Einlagerungen. Muskulatur des l. Ventr. verdickt, derb, auf dem Schnitt grau, trocken glänzend. Endocard des l. Ventr. verdickt. Sämtliche Gefässe gleichmässig in Intima und Media verdickt. Diagnose: Pigment-

degeneration und concentr. Hypertrophie des H. Geringgradige Arteriosklerose.

Sonstiger Befund: Verjauchtes Carcinom d. Cervix ut., perforierend nach dem Douglas'schen Raum. Beiderseitige Hydronephrose. Oedem des Gehirns. Lobuläre Pneumonie des l. Unterlappens. Obsolete Tuberk. beider Spitzen. Adhaesivpleuritis rechts. Sanduhrmagen.

Ovarien: Ovarien verkleinert, derb.

Nr. 53. 1899. S.-Nr. 1033. E. L., 62 J.

Beschaffenheit des Myoms: Interstitielles Myom im Uterus.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzgew. 480 g. Herz vergrössert, im r. Abschnitt verbreitert, mit reichl. subepicardialem Fett. Muskulatur des r. Ventr. sehr brüchig, tonfarben. L. Ventr. etwas erweitert. Muskulatur schlaff, äusserst brüchig. Endocard streifig getrübt. Ao.-Kl. verdickt. Die Intima der Aorta zeigt beetartige, grösstenteils erhabene, teils weiche, teils durch Kalkeinlagerungen derbe Auflagerungen. Mitr. fibrös verdickt. Endoc. des l. Ventr. undurchsichtig. Auf Flachschnitten zeigt der Muskel feine, streifige Einlagerungen. Diagnose: Beginnende fettige Degeneration des Herzmuskels bei Adipositas cordis. Hypertrophie und Dilatation beider Ventr. Beginnende Arteriosklerose der Aorta.

Sonstiger Befund: Chron. croupöse Pneumonie des l. Unterlappens mit Ausgang in Carnification. Chron. fibr. Pleuritis. Atrophie der Milz. Schrumpfniere. Hirnödem.

Nr. 54. 1899. S.-Nr. 1034. W. M., 53 J.

Beschaffenheit des Myoms: Multiple subseröse Uterusmyome.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: H. von äusserst schlaffer Consistenz. R. Ventr. etwas dilatiert. Endocard des r. Ventr. und Vorh. blutig imbibiert. Muskulatur schlaff, rötlichgelb. L. Ventr. gleichfalls dilatiert. Muskulatur fast breiig. Auf Druck fühlt man im Muskel deutliches Knistern und lassen sich Luftblasen ausdrücken.

Sonstiger Befund: Recidivier. Carcinoma mammae. Durchbruch ins Mediastinum. Vorgeschrittene Fäulnis.

Nr. 55. 1899. S.-Nr. 1055. K. M., 44 J.

Beschaffenheit des Myoms: In der Uterushöhle ein billardkugelgrosses, von glänzenden Fasern durchzogenes Fibromyom.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzgew. 400 g. H. über mannsfaustgross, mit reichlichem subepicardialem Fett. Wandung des r. Ventr. stellenweise von Fett durchsetzt. Tricusp. mit fibrös verdicktem Rand. Muskulatur des l. Ventr. sehr brüchig. Aortenintima mit derbelastischen, weisslichen, prominierenden Auflagerungen. Mitralis verkürzt, retrahiert, am freien Rand warzenförmige Auflagerungen. Muskulatur auf Flachschnitten mit deutlich gelblichen Pünktchen. Die Intima der Aorta ist in grosser Ausdehnung mit beetartigen, prominierenden, gelblichen Auflagerungen bedeckt; einzelne derselben ulcerierend. Diagnose: Chron. fibr. verruc. Endocarditis der Mitr. und Aorta mit gleichzeitiger Insufficienz und Stenose. Luetische Aortitis.

Sonstiger Befund: Alter apoplektischer Erweichungsherd im l. Linsenkern und d. inneren Kapsel. Cavernöses Angiom der Leber. Gastritis. Stauungsschrumpfniere.

Ovarien: L. Ov. von zahlreichen, bis haselnussgrossen Cysten durchsetzt. Im r. Ov. gleichfalls mehrere Cysten.

Nr. 56. 1900. S.-Nr. 14. S. K., 34 J.

Beschaffenheit des Myoms: Totalexstirpation wegen Myom.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: H. von etwas schlaffer Consistenz. R. Ventr. etwas verbreitert. Muskulatur von blassgelber Farbe, ziemlich stark von Fett durchsetzt. Die Coronaria dextra z. T. derb, sehnig verdickt. Die Papillarmuskeln des l. Ventr. auf dem Durchschnitt matt glänzend, hellgelb bis braun; die übrige Muskulatur auf dem Schnitt von gelbbrauner Farbe und mattem Glanz. Gerade über dem Schlussrand der Aortenkl. eine 1,3 cm lange und 0,5 cm breite, mit lockerem Gerinnsel bedeckte, flache Verdickung der Intima von fein granulierter Oberfläche. Etwa 1,5 cm oberhalb derselben eine das Aortenlumen zu mehr als die Hälfte ausfüllende, mässig derbe, höckerige, graurote Gerinnselmasse, welche auf etwa Fünfzigpfennigstückgrösse der Aortenwand anliegt. Aortenwand, besonders in der Gegend der Thromben bis jenseits der Curvatur in der Intima und Media stark verdickt. Die Coronararterien stellenweise mässig verdickt, mit gelb gefärbter Intima.

Sonstiger Befund: Tuberkulose der Tuben. Umschriebene fibrinöse Peritonitis im kleinen Becken und an der Leberconvexität. Chron. Tuberkulose der r. Spitze. Tbc. im r. Unter- und l. Oberlappen. Adhaesivpleuritis rechts. Fettmuskatleber.

Nr. 57. 1900. S.-Nr. 17. S. A., 52 J.

Beschaffenheit des Myoms: In der Wandung des Uterus rechtsseitig ein walnussgrosses,

darüber ein zweites halbhühnereigrosses subseröses Myom. Ein weiteres, doppelt faustgrosses Myom geht mit dünnem Stiel vom Corpus aus. Der weitaus grössere obere Teil desselben ist in eine von zahlreichen Strängen und Brücken durchzogene unregelmässige Höhle verwandelt, welche mit dickem grünlichen Eiter gefüllt ist.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Epicard fleckig getrübt. Fettauflagerung vermehrt. R. Ventr. etwas erweitert. Muskulatur links verhältnismässig dünn, äusserst blass. L. Ventrikelhöhle dilatiert. Endocard getrübt. Am Schliessungsrand der Mitral. bis über bohnengrosse, weiche, warzige Excrescenzen. Aortenintima von weisslichen, narbigen, derben Strängen durchzogen, dazwischen grübchenförmige Einziehungen. Diagnose: Akute verrucöse Endocarditis der Mitralis. Luetische Endaortitis und wandständige Thrombose im Bulbus aortae. Dilatation beider Ventrikel.

Sonstiger Befund: Diffuse eitrig-fibrinöse Peritonitis, ausgehend von einem grossen vereiterten subserösen Uterusmyom. Emphysem der Lungen. Hochgradige allgemeine Anaemie. Milztumor.

Ovarien: In beiden Ov. eine über erbsengrosse, mit klarem Inhalt gefüllte Cyste.

Nr. 58. 1900. S.-Nr. 114. L. A., 52 J.

Beschaffenheit des Myoms: Uteruskörper mit mehreren intramuralen und subperitonealen Myomen.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: H. von schlaffer Consistenz. Endocard und Klappen des r. Ventr. stark blutig imbibiert. Muskulatur ziemlich stark von Fett durchwachsen, durch das Endocard mit gelblich fleckiger Zeichnung durchscheinend. Aortenkl. gegen den

Grund zu leicht verdickt und getrübt. Mitralklappen leicht verdickt. Papillarmuskel auf dem Durchschnitt von matt braungelbem Glanz. Muskulatur im ganzen schlaff. Diagnose: Fettige Degeneration des H.

Sonstiger Befund: Tetanus traumat. Leichtes Oedem und hypostatische Pneumonie der Lungen. Eitrige Bronchitis. Perimetritis post. sin. Chron. Salpingitis beiderseits.

Nr. 59. 1900. S.-Nr. 89. S. B., 51 J.

Beschaffenheit des Myoms: Von der l. Wand des Uterus erheben sich mehrere nuss- bis billardkugelgrosse, derbe Myome.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzgew. 390 g. H. nach r. verbreitert. Epicard mehrfach sehnig getrübt. R. Ventr. und Vorh. erheblich erweitert. L. Ventr. von geringerem Umfang, dünner, blassbrauner, zerreisslicher Muskelwand. Der hintere grosse Papillarmuskel durch eine sehnige Brücke gespalten. Aortenkl. nur leicht verdickt.

Sonstiger Befund: Chron. fibr. Perihepatitis. Hochgradige Fettinfiltration des Organs. Bedeutender Ascites. Confluierende Lobulärpneumonie in beiden Lungen.

Nr. 60. 1900. S.-Nr. 122. D. A., 63 J.

Beschaffenheit des Myoms: Myom des Uterus.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzgew. 460 g. Herz vergrössert, $1^1/_2$ Faust gross. Fibrinauflagerung auf dem Epicard namentlich rechts. An der Spitze des l. Ventr. leichte Rötung und beg. Trübung. Höhle des r. Ventr. eng. Muskulatur blassbraun. L. Ventr. erheblich weiter als der rechte. Endocard leicht getrübt. Klappen etwas ver-

dickt. Muskulatur wie rechts. Wandung der Aorta stark verdickt. Ostien der Coronararter. etwas verengt. (Klin. Diagnose: Myodegeneratio cordis.)

Sonstiger Befund: Eitr. Bronchitis. Sek. Bronchopneumonie. Atelectase d. Unterlapp.

Nr. 61. 1900. S.-Nr. 125. K. M., 52 J.

Beschaffenheit des Myoms: Von der vorderen Wand erhebt sich ein nahezu faustgrosses Myom.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: H. klein, mit geschlängelten Coronargefässen. Muskulatur blass, zäh. Beide Ventrikel eng.

Sonstiger Befund: Ringförmiges Carcinom des Rectums. Hochgr. allg. Anaemie. Leichtes Emphysem der Lungen.

Nr. 62. 1900. S.-Nr. 150. H. K., 66 J.

Beschaffenheit des Myoms: In der Gegend des Orific. int. ein haselnussgrosses subperitoneales Myom.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzgew. 470 g (Körpergew. 42 kg). H. über mannsfaustgross. Epicard mit mehreren Sehnenflecken. Gefässe ziemlich stark geschlängelt. Klappen leicht verdickt. Aortenintima fleckig getrübt. Diagnose: Concentr. Hypertrophie d. l. Ventr. Dilatation u. Hypertrophie des r. Ventr. (Klin. Diagnose: Myodegeneratio cordis.)

Sonstiger Befund: Carcinom der r. Mamma mit regionären Metastasen. Katarrhalische Pneumonie im linken und rechten Unterlappen. Obsolete Tuberkulose der r. Spitze. Adhaesive Pleuritis beiders. Hydronephrose der r. Niere. Kompensatorische Hypertrophie mit chron. in-

terstitieller Nephritis der l. Niere. Haemorrh. Endometritis. Struma parenchymatosa.

Nr. 63. 1900. S.-Nr. 162. R. F., 59 J.

Beschaffenheit des Myoms: Uterus von zahlreichen bis haselnussgrossen, subserösen u. interstitiellen Myomen durchsetzt.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: H. klein. Endocard des r. Ventr. blutig imbibiert; ebenso Pulmonalklappe. Muskulat. graurot, derb. Endoc. des l. Ventr. blutig imbibiert. Muskulatur brüchig. Aortenklappen fibrös verdickt.

Sonstiger Befund: Croupöse Pneumonie im l. Unterlappen. Serofibrinöse Pleuritis rechts. Nekros. sterkorale Colitis im Colon asc.

Nr. 64. 1900. S.-Nr. 185. P. M., 58 J.

Beschaffenheit des Myoms: Carcinomat. degenerierendes, hühnereigrosses Myom des Uterus.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Höhle des r. Ventr. erweitert. Muskul. blass, gelbbraun. R. Ventr. dünnwandig. Klappen fleckig getrübt, leicht verdickt.

Sonstiger Befund: Carcinom beider Ovar. (Op. 15 Tage a. m.). Sec. ausgedehnte Carcinose der retroperitonealen Drüsen, des Bauchfells, der Leber, des Zwerchfells. Akute seröseitrige Pleuritis und eitrige Bronchitis. Anaemie. Serös-haemorrhag. Peritonitis.

Nr. 65. 1900. S.-Nr. 252. S. J., 61 J.

Beschaffenheit des Myoms: Der Uterus zeigt unter seiner Serosa zahlreiche bis walnussgrosse Myome.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzgew. 540 g. H. doppelt mannsfaustgross, mit reichl. Fett. Epicard auf der Vorder- und Rückfläche sehnig gefleckt. Die Wand des r. Ventr. bes. gegen die Spitze mit Fett durchsetzt. L. Ventr. ziemlich dickwandig. Muskulatur brüchig. Aortenkl. leicht gefenstert. Mitr. an ihrem Schliessungsrand fibrös verdickt, an einzelnen Stellen zarte, warzenförmige Auflagerungen. Die Muskulatur zeigt eine ziemlich gleichmässige Färbung. An einer Stelle des l. Ventr. zeigt sich in der Muskulatur eine fibröse, rötlichgraue Einlagerung. Die Coronargefässe zeigen mehrfach fibröse und kalkige Einlagerungen. Diagnose: Idiopathische Herzhypertrophie und Dilatation des H. Hochgradige Adipositas cord. Herzschwiele. (Klin. Diagn.: Dilatatio et Myodegeneratio cord.)

Sonstiger Befund: Compressionsatelectase des r. Unterlappens. Vicariierendes Emphysem des l. Oberlappens. Stauungsorgane. Starke Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule.

Nr. 66. 1900. S.-Nr. 281. L. M., 58 J.

Beschaffenheit des Myoms: Subseröses Myom im Fundus.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzgew. 390 g. Insbes. der r. Ventr. erweitert. H. von schlaffer Consistenz. Pericard vielfach verdickt. Reichl. subpericardial. Fett. Pulm.-Kl. gefenstert. Muskulatur stellenweise bis auf einen ganz geringen Rest von subepic. Fett durchsetzt, auf dem Durchschnitt mit gelblichen Fleckchen. Aortenkl. mit einer hanfkorngrossen Verdickung. Mitr. mit gelblich fleckigen Einlagerungen, am Schliessungsrand mit knotigen Verdickungen. Muskulatur von ziemlich mürber Consistenz, matt glänzend. Aorten-

intima mit herdförmigen Verdickungen. Diagnose: Fettige Degeneration des H. Obesitas des r. Ventr. Fibröse Endocarditis d. Ao.-Kl.

Sonstiger Befund: Eitrige Peritonitis, ausgehend vom r. Pyosalpinx. Anthracose der Lunge. Obsolete Tbc. d. Spitzen. Oedem des r. Unterlappens. Hydronephrose der l. Niere. Compensatorische Hypertrophie der r. Niere. Trübe Schwellung und anaemischer Infarkt der r. Niere. Curettement d. Cervix mit Perforation in das l. parametrit. Bindegewebe.

Ovarien: L. Tuboovarialcyste. R. multiple Cysten des Ovars. Papillome der Ovarien.

Nr. 67. 1900. S.-Nr. 282. K. M., 36 J.

Beschaffenheit des Myoms: Intraparietales Myom des Uterus.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzgew. 336 g. Ueber der Spitze d. l. Ventr. ein pfennigstückgrosser Sehnenfleck. For. ovale für einen Bleistift durchgängig. An den Nodulis der Aortenkl. feine, weissliche, flottierende Prominenzen, am Schliessungsrand weisse, fleckige Verdickungen.

Sonstiger Befund: Tod durch Ertrinken. Venöse Hyperaemie aller Organe. Oedem des Gehirns. Pachymeningitis ext. fibrosa. Vernarbtes Magengeschwür. Dilatatio ventriculi.

Nr. 68. 1900. S.-Nr. 314. N. S., 70 J.

Beschaffenheit des Myoms: Walnussgr. Myom in der hinteren Wand des Uterus.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzgew. 620 g. H. über beiden Ventr. beträchtlich erweitert. An der Oberfl. zahlreiche Sehnenflecken. Subepicardial eine kleine Anzahl von punktförmigen Blutaustritten. Am freien Rand d. Tricusp. warzige Excresc.

Muskulatur in allen Abschnitten atrophisch, von hellbrauner Farbe, auf dem Durchschnitt fettig glänzend. Aortenkl. etwas verkürzt, mit warzigen Verdickungen. Mitr. mit fleckigen Einlagerungen, am freien Rand warzige Excresc. Aortenintima getrübt mit eingelagerten Kalkplatten. Cononargefässe verdickt. Diagnose: Allg. Arteriosklerose. Hyp. u. Dil. beider Ventr. Fettige Degenerat. d. Myocards. Fibrös-verruc. Endocarditis der Pulmonal-, Aorta- und Mitralklappen.

Sonstiger Befund: Indurierte Stauungsleber. Stauungsmilz. Cyanotische Induration und Atrophie der Nieren. Schlaffe Pneumonie der Unterlappen. Fibröse Pleuritis beiderseits. Indurat. d. Pancreas. Schleimpolyp des Uterus. Hydrothorax. Ascites. Anasarka.

Nr. 69. 1900. S.-Nr. 315. K. F., 41 J.

Beschaffenheit des Myoms: Uterus mit einer Anzahl subseröser, verkalkter Myome.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: H. über beiden Ventr. leicht verbreitert. Venöse Gefässe stark gefüllt. Consistenz schlaff. R. Vorh. leicht erweitert. Muskulatur von graugelber Farbe. Aortenintima mit geringen fleckigen Auflagerungen.

Sonstiger Befund: Croupöse Pneumonie d. l. Unterl. in grauer Hepat. Obsolete Tbc. beider Oberl. Hyperaemie und Oedem des r. Unterl. Akute Bronchitis. Muskatleber. Venöse Hyperaemie aller Organe. Oedem des Gehirns.

Nr. 70. 1900. S.-Nr. 340. M. C., 80 J.

Beschaffenheit des Myoms: Uterus mit mehreren walnussgr. intramuralen Myomen.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzgew. 425 g. Herz sowohl links als rechts verbreitert. Auf dem Epicard eine Anzahl von Sehnenflecken. Tricusp. gegen den freien Rand leicht verdickt. Muskulatur des r. Ventr. fettig glänzend. Aortenkl. am Schliessungsrand mit einer geringen Anzahl von eben sichtbaren Verdickungen. Mitr. mit gelblichen Einlagerungen. Muskulatur l. von weicher Consistenz, gelbbrauner Farbe, auf dem Durchschnitt von trocken fettigem Glanz. Diagnose: Idiopath. Hypertr. d. H. Fettige Degeneration d. Myocards.

Sonstiger Befund: Geringgradige braune Induration der Lunge. Chron. Bronchit. Oedem d. Lungen. Erysipelatöse Phlegmone an l. Ober- und Vorderarm. Indurierte ikterische Stauungsleber. Indur. Stauungsmilz und -nieren. Schleimpolypen d. Uterus. Atrophie d. Gehirns. Pachymeningitis ext fibr. Anasarka. Ikterus aller Organe.

Nr. 71. 1900. S.-Nr. 354. M. T., 73 J.

Beschaffenheit des Myoms: Im Uterus mehrere höckerig vorspringende Myome.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herz über dem r. Ventr. verbreitert. von ziemlich schlaffer Consistenz. Epicard über d. r. Ventr. mit Sehnenflecken. Mitr. verdickt, am Schliessungsrand knotig gewulstet. Muskulat. des l. Ventr. dünn, von weicher Consistenz. Diagnose: Hyp. u. Dil. d. r. Ventr. Fibr. Endoc. d. Mitr.

Sonstiger Befund: Fractura femoris sin. Erysipel d. r. Reg. parotid. Ausgedehnte gangränöse Decubitalgeschwüre d. l. unter. Extr. u. d. Gesässgegend. Emphysem der Lungen. Granulationsatrophie der Nieren. Akute Splenitis. Fibr. Pelveoperitonitis.

Nr. 72. 1900. S.-Nr. 498. S. A., 69 J.

Beschaffenheit des Myoms: Im Fundus ein mannskopfgrosses subseröses Myom.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: H. schlaff. Endocard grauweisslich. Muskulatur braun, mit streifiger Zeichnung. Beide Vorhöfe etwas erweitert. Aortenkl. etwas rigid.

Sonstiger Befund: Pyosalpinx. Perisalpingitis mit Uebergang in das pericoecale Gewebe. Spitzentuberkulose. Peribronchitis. Pericardit.

Nr. 73. 1900. S.-Nr. 556. G. T., 59 J.

Beschaffenheit des Myoms: Am Fundus ein subseröses, gestieltes Myom. Gegen die r. Tube zu ein weiteres kirschkerngrosses.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzgew. 380 g. H. erheblich über faustgross. Epicard blass, graugelb. Beide Ventr. und Vorhöfe etwas erweitert. Muskulatur blassrot. Aortenkl. verdickt, rigid. Aortenintima diffus gelblich getrübt, stellenweise gehen die Trübungen des Epithels verlustig. Wand starr. Diagnose: Sklerose der Aorta, fortgesetzt auf die Aortenkl. Stenose und Obliteration d. Ostien d. Coronararterien. Mässige Dilat. u. Hypertr. d. H. Marantische Thrombose im r. Herzohr.

Sonstiger Befund: Staungsleber. Stauungsmilz im Zustand d. Indur. Sec. Schrumpfniere. Stauungskatarrh des Magen-Darmkanals. R. Hydrosalpinx. Retrouterine Parametritis adhaesiva. Anaemie und Oedem des Gehirns. Hydroceph. int. Embolie der Lungenarterien. Haemorrhag. Infarkt im Unterl.

Ovarien: Tuben und Ovarien durch Spangen verwachsen.

Nr. 74. 1900. S.-Nr. 587. ?, 65 J.

Beschaffenheit des Myoms: Im Lig. lat. ein apfelgrosses, derbes, höckeriges Fibromyom.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzgew. 400 g. R. Ventr. und Vorh. stark erweitert. Tricusp. für vier Finger durchgängig. Muskulatur derb, braunrot, verdickt. L. Ventr. gänseeigross. Mitr. gegen den Schliessungsrand leicht verdickt. L. Vorh. erweitert. Im r. Herzohr ein flacher, teils dunkelroter, teils graurötlicher wandständiger Thrombus.

Sonstiger Befund: Braune Induration der Lungen. Obsolete Tbc. der Lungen. Compressionsatelektase des r. Unter- und Mittellappens. Stauungsorgane. Ascites. Hydrothorax.

Nr. 75. 1900. S.-Nr. 609. W. W., 34 J.

Beschaffenheit des Myoms: Auf der hinteren Uterusfläche ein subseröses, kirschgr. Myom, im Fundus ein zweites.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: H. etwas verbreitert. Fettauflagerung reichlich. Wandung des r. Ventr. dünn. Muskulatur schlecht entwickelt, schlaff, welk. L. Ventr. auch etwas dilatiert.

Sonstiger Befund: Sepsis, ausgehend von Phlegmone d. Stumpfes des exarticulierten l. Oberschenkels. Emphysem des retroperitoneal. Gewebes. Excessive allg. Anaemie.

Ovarien: Im r. Ov. eine Serumcyste.

Nr. 76. 1900. S.-Nr. 691. V. W., 67 J.

Beschaffenheit des Myoms: In der vorderen Wand des Uterus zwei kleinere, unter der Serosa etwas bewegliche Myome. Im r. Parametrium ein mit d. Cervix zusammenhängender, mehr als kartoffelgrosser myomatöser Knoten.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzgew. 380 g. H. von der Grösse einer Mannsfaust, von schlaffer Consistenz. Gefässe stellenweise verdickt. Musk. gegen die Spitze zu mässig von Fett durchsetzt. Aortenklappen leicht verdickt und etwas verkalkt. Mitr. gleichfalls fibrös verdickt, mit einigen gelblichen Einlagerungen. Musk. d. l. Ventr. dünn, schlaff, braun, leicht glänzend. Aortenintima am Arcus und jenseits desselben mit ziemlich ausgedehnten fleckigen Verdickungen und im Brust- und Abdominalteil mit reichl. Kalkeinlagerungen in der Media und einer Anzahl von atheromatösen Geschwüren. Kranzgefässe klaffend, mit Verdickungen der Wand- und Kalkeinlagerungen. L. Vorh. leicht erweitert. Diagnose: Braune Atrophie des H. Endocarditis der Mitr. und Aortenkl. Mässige Adipositas cord. Chron. Aortitis d. absteig. Aorta.

Sonstiger Befund: Emphysem beider Lungen. Beg. haemorrhag. Infarktbildung der Unterlappen. Oedem der r. Lunge. Beiders. umschriebene Pleuritis. Haemorrhag. Infarkt der Milz. Fibröse Perisplenitis. Atrophie der Leber und Nieren. Schleimpolyp des Uterus. Papillom der Vagina. Hydroceph. int. et ext. chron. Pachymeningitis haemorrh. int. Pachym. fibr. extern.

Ovarien: Cyste d. r. Ov.

Nr. 77. 1900. S.-Nr. 737. S. A., ca. 50 J.

Beschaffenheit des Myoms: Am Fundus etwas rechts von der Medianlinie ein subseröses, im Centrum verkalktes Myom von der Grösse einer Billardkugel.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: H. nach r. verbreitert. Coronargefässe geschlängelt. R. Ventr. ziemlich weit, mit dün-

ner Wandung. L. Ventr. bedeutend vergrössert, mit dunkelbrauner, sehr morscher Muskelwand. Mitr. zeigt Auflagerungen. Coronargefässe leicht verdickt. Adipositas cordis.

Sonstiger Befund: Struma substernalis sarcomatodes mit Metastasen in der r. Lunge. Compression der Trachea. Compressionsthrombose d. rechtss. Jugularis int. Oedem beider Lungen. Venöse Hyperaemie der Nieren.

Nr. 78. 1900. S.-Nr. 875. F. C., 56 J.

Beschaffenheit des Myoms: Der Uterus ist in toto durch Einlagerung erbsen- bis walnussgr. Myome zu einer grossen Geschwulstmasse umgewandelt.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzgew. 200 g. H. sehr schlaff. Subepic. Fett ziemlich reichlich. Mehrfach Sehnenflecken. Die absteigenden Aeste der Coronargefässe geschlängelt. Endocard getrübt. Muskulatur von trüb schokoladebrauner Farbe. Weite des r. Ventr. vom Umfang eines halben Hühnereies. Mitr. und Aortenkl. etwas verdickt. Diagnose: Braune Atrophie des H.

Sonstiger Befund: Akute und subakute serofibr. Pleuritis l. Fibröse Pleuritis r. Subakute sero-fibr. Pericarditis. Chron. käsige Spitzentuberkulose der r. Lunge. Leichte Stauungsleber. Hochgradige Anaemie der Nieren. Amputation des Vorderarms.

Ovarien: Ov. vollständig atrophiert.

Nr. 79. 1900. S.-Nr. 897. S. C., 60 J.

Beschaffenheit des Myoms: Myome des Uterus.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Epic. leicht getrübt. Aortenkl. verdickt und rigid, ohne Auflagerungen. An der Mitr. einzelne weiche, warzige Auflagerungen. Diese

zeigen in der Mitte eine kraterförmige, geschwürige Vertiefung. Beide Segel d. Mitr. verkürzt. Diagnose: Endocarditis d. Mitral. mit Stenose. Hypertr. d. r. Ventr.

Sonstiger Befund: Eitrige Pericarditis. Emphysem der Lungen. Embolie des Gehirns mit Erweichung.

Nr. 80. 1900. S.-Nr. 1057. G. B., 36 J.

Beschaffenheit des Myoms: An der Rückseite des Ut. ein linsengr. subseröses Myom.

Pathologischer Herz- und Gefässbefund: Herzgew. 520 g. H. mehr als $1^1/_2$ mannsfaustgross, von schlaffer Consistenz. Ueber der Vorderfl. des r. Ventr. ausgedehnte Sehnenflecken. Lumen des r. Ventr. gänseeigross. Muskulatur hochgradig verdickt. Tricuspidalis gleichmässig fibrös verdickt. R. Vorh. beträchtlich erweitert. Lumen des l. Vetr. gänseeigross. Am Schliessungsrand der Aortenkl. einige kaum sichtbare Wärzchen. Mitr. nicht einmal für die Kleinfingerkuppe durchgängig, gleichmäss. fibr. verdickt. Chordae tend. ganz in den Klappen aufgegangen. Muskulatur stark verdünnt (0,5), schlaffe Consistenz, dunkle Farbe. L. Vorh. erweitert. Wand dess. gleichmässig bis 4 mm verdickt. Endocard stark verdickt. Das Lumen der Aorta verjüngt sich stark, schon im Arcus.

Sonstiger Befund: Linkss. Pleuritis, ausgehend von einem eitrig zerfallenden haemorrh. Infarkt (3 Wochen alt). Embolische Thrombose der r. Art. pulm., ausgehend von Thromb. d. l. Ven. femor. Stauungstumor d. Milz. Indur. Muskatnussleber. Stauungsnieren. Stauungskatarrh des Dünndarms.

Wenn es auch vorauszusetzen ist, dass bei einer Statistik von Fällen, deren Durchschnittsalter 55 Jahre beträgt, nicht ausschliesslich gesunde Herzen gefunden werden, so dürfte es doch überraschen, beim Durchlesen der Statistik kaum ein normales Herz zu finden. Selbstverständlich sind wir weit davon entfernt, zu behaupten, dass jede dabei vorkommende Herzveränderung auf das nebenbei bestehende Myom zurückzuführen sei. Es sind im Gegenteil eine Reihe von Fällen vorhanden, bei denen sich dies ungezwungen durch das Vorhandensein einer anderen primären Erkrankung erklären lässt. Aber trotzdem dürfte das Resultat ein unerwartetes sein. Im Folgenden sei etwas näher darauf eingegangen!

Hypertrophie oder Dilatation eines oder oder mehrerer Herzabschnitte finden wir in der Mehrzahl der Fälle. Dabei überwiegt die Beteiligung des rechten Ventrikels, der in 20 Fällen = 25% Hypertrophie und in 30 Fällen = 37,5% Dilation aufweist. Beide Zustände finden sich oft vereint. Bemerkenswert ist auch, dass oft ein sehr geringes Dickenmass der Wandung des rechten Ventrikels gefunden wird. Das Herzgewicht ist in 24 Fällen (soweit angegeben) = 30% erhöht, dabei in 15 Fällen über 400 g.

Die Diagnose „braune Atrophie" finden wir in 7 Fällen*) = 8,7%. (Rechnet man hierher noch die Fälle, bei denen sich Angaben finden, wie „Muskulatur braun", „bräunlich verfärbt", „von brauner Farbe", „schokoladebraun [klin.

*) Nr. 2, 13, 46, 47, 52, 76, 78.

Diagn.: Myodegen. cord.]", so erhalten wir dann mindestens 10—12 Fälle. Doch sollen diese unberücksichtigt bleiben.)

Die Diagnose „fettige Degeneration" findet sich in 10 Fällen*) = 12,5%; „Myodegeneratio cordis" in 3 Fällen**) = 3,7%; „Atrophie des Herzens" in 4 Fällen***) = 5%.

Eine pathologische Veränderung in der Consistenz des Herzmuskels („sehr schlaff, welk, brüchig, zerreisslich, sehr derb, zäh"), verbunden mit einem entsprechenden übrigen pathologischen Herzbefund findet sich ausserdem in 31 Fällen = 39%.

Wir finden also im ganzen eine pathologische Beschaffenheit der Herzmuskulatur in 55 Fällen = 68,7%, dabei sind die Veränderungen meist schwerer Natur.

Fall 54 bleibt dabei unberücksichtigt; setzen wir dafür, um die Prozentzahlen richtig zu erhalten, den oben beschriebenen Fall, so erhalten wir 56 Fälle = 70%.

Rechnen wir davon alle diejenigen ab, bei denen sich die Erkrankung des Herzens auf irgend einen anderen krankhaften Zustand zurückführen lässt, (allgemeine starke Anaemie, Nephritis, Schrumpfniere etc.), so bleiben noch immer 56 — 17†) = 39 Fälle = 48,7% Herzwanderkrankungen bei Myom.

---

*) Nr. 16, 26, 31, 39, 45, 53, 58, 66, 68, 70.
**) Nr. 35, 36, 51.
***) Nr. 7, 11, 30, 41.
†) Nr. 2, 7, 17, 18, 20, 28, 30, 32, 49, 50, 51, 53, 57, 61, 62, 73, 75.

So dürften wir also auf Grund dieser anatomischen Statistik zu einem ebenso überraschenden Resultat gekommen sein, wie Strassmann und Lehmann auf Grund ihrer klinischen.

Wenn nun auch die klinischen Untersuchungen und das pathologische Material dafür sprechen, dass das Uterusmyom mit Herzerkrankungen, speziell Herzmuskeldegenerationen in engem Zusammenhang steht, so ist es doch bis heute noch nicht gelungen, die Art und Weise dieses Zusammenhangs festzustellen. Wir haben ja oben schon davon gesprochen, dass manche Autoren annehmen, dass die bei Myomen vorkommenden Blutungen die Ursache dafür seien. Die gegen diese Behauptung vorgebrachten Ansichten und Gründe wurden bereits angeführt, und in deren Sinne sprechen auch diese 80 Fälle von meist kleinen Myomen, von denen wohl nur sehr wenige zu grösseren Beschwerden und längeren Blutungen geführt haben. Darnach müssen wir vielmehr an der Ansicht Brosins' u. a. festhalten, welche betonen, dass die Herzdegeneration nur bei Myomen häufig und hier geradezu typisch sei. Auch des Umstandes wurde schon gedacht, dass die Grösse des Myoms nicht den Grund für eine so schwere Komplikation abgeben könne; denn wie Strassmann und Lehmann behaupten, kann der langsam wachsende myomatöse Uterus kein Kreislaufhindernis bilden, das für sich eine Herzdilatation hervorbringen könnte, und auch eine mechanische Beeinflussung kommt nur zustande, „wenn die Myome das Zwerchfell und den Inhalt der Brusthöhle direkt oder indirekt

vorlagern". Schliesslich kommt es ja wie schon erwähnt, bei der Beurteilung der Frage, ob Myome in typischer Weise Herzerkrankungen bedingen können, gar nicht darauf an, dass ein kindskopfgrosses oder noch grösseres Myom allmählich zu Herzaffektionen führen kann — dies dürfte auch bei anderen Tumoren der Leibeshöhle der Fall sein —, sondern es kommt dabei hauptsächlich der Umstand in Betracht, dass schon kleine Myome verhältnismässig bald zu Herzdegeneration führen können. Den Grund dafür suchte man auch schon in dem Druck, welchen die Tumoren auf den Plexus sympathicus und auf die grossen Gefässe des Beckens ausüben, auch der dauernde Schmerz wurde schon als Urheber der Herzaffektion angeführt. All diese Ansichten aber sind schon wieder verlassen, und so erhalten wir heute auf die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Myom und Herzerkrankung noch keine genügend aufklärende Antwort.

Strassmann und Lehmann haben versucht, in der vorliegenden Frage auch den umgekehrten Gedankengang zu erörtern, ob nicht primär eine Herz- oder Gefässerkrankung vorliegen könne, welche das Myom zur Folge habe. Jedenfalls aber konnten sie für die Richtigkeit dieser Ansicht in allen Fällen keinen Beweis erbringen. Das Schlussergebnis ihrer ausgedehnten Untersuchungen lautet folgendermassen: „Myome sind als Tumoren durch die lokalen und für diese Geschwülste charakteristischen Symptome geeignet, degenerative Zustände der Herzmuskulatur hervorzurufen. Andererseits können Herz- und Gefäss-

veränderungen das weitere Krankheitsbild der Myomkranken bestimmen und gehen häufig neben diesen Geschwülsten einher. Wir möchten daher der Vermutung Ausdruck geben, dass, ähnlich wie bei der Basedow'schen Krankheit die Neubildung von Schilddrüsengewebe, in gewissen Fällen von Neubildung von Uterusgeweben Herz-, Gefäss- und Uterusveränderungen möglicherweise als Symptom einer mit vasomotorischen Vorgängen zusammenhängenden Erkrankung anzusehen sind."

Eine Erklärung für das Zustandekommen der Herzveränderungen beim Uterusmyom ist dadurch eigentlich auch nicht gegeben. Wir haben es nun im Folgenden auf Grund einiger in der Literatur gefundener Tatsachen versucht, einen neuen Weg in dieser Frage einzuschlagen.

Nachdem noch kein stichhaltiger Grund dafür gefunden wurde, warum eine an und für sich ziemlich harmlose Muskelgeschwulst des Uterus zu so schweren degenerativen Zuständen des Herzmuskels führen kann, ist es naheliegend, darnach zu forschen, ob nicht beim Uterusmyom auch andere Teile des Organismus in Mitleidenschaft gezogen werden, durch deren Veränderung sich dann die Herzerkrankung erklären liesse. Da finden wir nun vor allem, dass bei Myoma uteri fast stets die Ovarien miterkrankt sind. Hegar[11]) hat schon im Jahre 1887 auf diesen Umstand hin-

[11]) Hegar: Zur Begriffsbestimmung der Castration, Centralblatt f. Gyn. 1887 Nr. 44.

[12]) Bulius: Der Eierstock bei Fibromyoma uteri, Zeitschr. f. Gyn. Bd. XXIII.

gewiesen, seitdem aber sind exakte Arbeiten erschienen, welche über diese Verhältnisse Aufschluss geben. Bulius[12]) bringt eine genaue makroskopische und mikroskopische Beschreibung der Ovarien bei 50 Fällen von Myoma uteri und fasst das Resultat seiner Untersuchungen folgendermassen zusammen:

1. Die Ovarien sind bei Fibromyoma uteri stets mehr oder weniger erheblich verändert.

2. Makroskopisch tritt eine Vergrösserung besonders im Dickendurchmesser als fast konstant hervor. Bedingt ist dieselbe teils durch eine beträchtliche Vermehrung von erbsen- bis bohnengrossen Follikeln oder durch einzelne kirsch- bis taubeneigrosse Cysten, teils durch Vermehrung des interstitiellen Gewebes.

3. Mikroskopisch liegt die Hauptveränderung in einer Verdichtung und Vermehrung des Stromas, das dabei häufig kleinzellig infiltriert ist und stets Veränderungen an den Gefässen aufweist. Die Gefässe, anfangs vermehrt, haben verdickte, hyalin entartete Wandungen, vielfach verengte und obturierte Lumina.

4. Die Veränderungen am Follikelapparat bestehen: a) bisweilen in kleincylindrischer Degeneration, b) in der Mehrzahl der Fälle in einem vorzeitigen Zugrundegehen der Follikel.

5. Als fast konstant ist das vorzeitige Verschwinden der Primordialfollikel zu bezeichnen.

6. Auffallend ist die ausserordentlich grosse Zahl der „Corpora fibrosa".

„Es kommt also in den Ovarien bei Fibromyoma uteri zu einer Wucherung im Stroma und

zu einer vorzeitigen Altersveränderung im Parenchym, d. h. im gesamten Follikelapparat."

Popow[13]) kommt auf Grund genauer Untersuchungen von 40 Eierstöcken, welche durch Castration von Frauen, die an Fibromyoma uteri litten, erhalten wurden, zu einem ähnlichen Resultat. Er findet auch eine Verdickung des Perineuriums der Nervenfasern mit Atrophie der einzelnen Fasern.

Wir müssen hier auch noch in Kürze auf die Frage eingehen, welche von beiden Erkrankungen — die des Uterus oder der Ovarien — die primäre ist. Hegar[11]) sagt im Jahre 1887, „dass der krankhafte Prozess in den Ovarien zuweilen dem des Uterus parallel laufe, vielleicht sogar primär bestehe, sodass die Anschauung, nach welcher die Fibrombildung im Uterus Folge eines krankhaften Reizzustandes im Ovarium ist, für einzelne Fälle nicht ganz von der Hand gewiesen werden kann." Auch Olshausen[14]) scheint die Veränderungen in den Ovarien als das Primäre anzusehen. Kaltenbach[15]) steht unter dem Eindruck, „dass die Myomerkrankung an sich durch pathologische Reize von den Ovarien aus ausgelöst wird", was schliesslich auch einen primären pathologischen Zustand der Ovarien voraussetzt.

---

[13]) Popow: Zur Frage über die Veränderungen der Ovarien bei Fibromyoma uteri, Centralbl. f. Gyn. 1890 Nr. 49.

[14]) Olshausen: Naturforscherversammlung Halle 1891, Centralbl. f. Gyn. 1891 Nr. 44.

[15]) Kaltenbach: Diskussion zum Vortr. v. Mackenrodt, Centralbl. f. Gyn. 1891 Nr. 44.

Andere Autoren, wie z. B. Sänger[16]) nehmen als Ursache für die Myombildung „ein noch unbekanntes Etwas", einen „Reiz" an. Es ist gewiss nicht unnatürlich und gesucht, diesen „Reiz" in die Ovarien zu verlegen, wenn wir wissen, dass beim Myom in allen Fällen eine pathologische Veränderung dieser Organe zu finden ist. Auch der Umstand, dass, wie Olshausen[17]) und viele andere behaupten, Myomkranke schon längere Zeit vor Auftreten der Geschwulst steril sind, deutet auf einen schon vorher bestehenden pathologischen Zustand der Ovarien hin.

So ist es also sicher, dass beim Myom die Ovarien stets verändert sind, und höchst wahrscheinlich, dass diese Veränderung das Primäre ist.

Dass nun ein anatomisch nachgewiesener Zusammenhang zwischen Ovar und Herz besteht, ist erwiesen.[18]) Für die Frage aber, ob Herzerkrankungen vom Ovarium aus zustande kommen kön-

---

[16]) Sänger: Ueber die allgemeinen Ursachen der Frauenkrankheiten, Antrittsvorlesung am 26. Febr. 1892 in der Universität Leipzig. „Ein mächtiger Ueberschuss von Blut und damit von Bildungsmaterial ist in dem Uterus des geschlechtsreifen Weibes angehäuft. Herrschen hier stets geregelte Zirkulationsverhältnisse, kommen die natürlichen Funktionen der Menstruation und Gestation zu normalem Ablauf, so werden die Stoffwechselvorgänge sich stets unter Erhaltung des natürlichen Baues der Gebärmutter ausgleichen, wo nicht, so können an einem oder vielen der zahlreichen Knotenpunkten ihres muskulösen Flechtwerkes, wahrscheinlich von der glatten Muskulatur kleinster Arterien aus, durch ein noch unbekanntes Etwas, den „Reiz", jene knolligen Zerrgebilde uterinen Gewebes entstehen, welche wir Myome nennen."

[17]) Olshausen: Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Gyn. 1. Kongress, München 1886.

[18]) Eisenhart: Die Wechselbeziehungen zwisch. internen und gynäkologischen Erkrankungen, Kap. V.

nen, sind uns folgende Beobachtungen und Experimente wertvoller. Röhrig[19]) veröffentlichte im Jahre 1879 interessante experimentelle Untersuchungen an Hündinnen, aus denen hervorgeht, dass jede elektrische Reizung des Ovariums den gesamten Blutdruck in erheblichem Masse (um 12—24 mm) zu erhöhen vermag. „Es ist von Interesse hervorzuheben die Tatsache, dass die Druckerhebung von dem ausgesprochenen Charakter der Vagusreizung, welchen die Kurve in der Zeit während und unmittelbar nach der Reizung des Eierstocks darbietet, begleitet ist." „Was nun die Irritabilität des Eierstocks selbst betrifft, so erwies sich schon dessen mechanische Reizung als äusserst different für den Blutdruck. Es genügt schon das einfache schonende Betasten des Organs, um ein sofortiges ganz rapides Ansteigen der Kurve zu veranlassen, und kommen selbst dabei dieselben Vagusschläge, welche wir bei der elektrischen Reizung beobachtet haben, zur Erscheinung.

Eisenhart[18]) erwähnt, dass nach einer Beobachtung von Hegar die Sektion der Eierstöcke oder ihre starke Zerrung bei der Ovariotomie ganz gewöhnlich eine starke Verminderung der Zahl der Herzschläge, ja sogar zeitweiligen Herzstillstand zur Folge hat.

Kisch[20]) ist der Ansicht, „dass durch die im Klimakterium vorkommenden Veränderungen

[19]) Röhrig: Experimentelle Untersuchungen über die Physiologie der Uterusbewegung im Arch. f. path. Anatomie v. R. Virchow Bd. 76, 1. Heft 1879.

[20]) Kisch: Die Herzbeschwerden klimakterischer Frauen, Berliner klinische Wochenschrift 1889 Nr. 50.

in den Ovarien — Hyperplasie des Eierstockstromas — die feinsten im Stroma verlaufenden Nervenendigungen gereizt werden und dieser Reiz auf nervöse Centren übertragen wird, von denen reflektorisch eine Reizwelle auf den beschleunigenden Sympathicus ausgelöst wird." „Hieher gehört auch als einschlägige Beobachtung ein von Moon beschriebener Fall von Tachycardie nach plötzlicher Menopause: Bei einer Frau cessierten die Menses infolge von Erkältung; die Pulsfrequenz stieg ohne nachweisbare Veränderung am Herzen von 80 auf 200 Schläge. Dieses Symptom dauerte einige Tage, dann traten die Menses wieder ein, und die Beschwerden verschwanden."

Auch Glaevecke[21]) stellt die Behauptung auf, dass das Ovarium normalerweise ein Glied der Kette der das vasomotorische Nervensystem beeinflussenden Momente bilde, und dass durch seinen Fortfall Störungen im vasomotorischen Nervensystem zustande kämen.

Aus all den hier erwähnten Experimenten und Beobachtungen dürfte wohl zur Genüge der Beweis dafür erbracht worden sein, dass das Herz vom Ovarium aus sehr leicht beeinflussbar ist und bei krankhaften Zuständen desselben auch beeinflusst wird. Wenn wir nun ferner durch die Untersuchungen von Bulius und Popow wissen, dass beim Uterusmyom die Ovarien stets verändert sind und speziell auch die Nervenfasern

[21]) Glaevecke: Körperliche und geistige Veränderungen im weiblichen Körper nach künstlerischem Verlust der Ovarien einerseits und das Uterus andererseits. Arch. f. Gyn. Bd. 35.

dieses Organs dabei in Mitleidenschaft gezogen werden, so lässt sich doch auf diese Weise ganz ungezwungen ein Zusammenhang zwischen der Erkrankung der Ovarien und des Herzens annehmen. Ob dabei der auf das Herz ausgeübte Einfluss rein nervöser oder vielleicht auch anderer Natur ist — man denke daran, dass das Ovar eine Drüse mit innerer Sekretion und seine Physiologie in manchen Punkten noch dunkel ist —, muss unentschieden bleiben. Doch ist diese spezielle Frage für unsere Annahme bedeutungslos. Wir behaupten ja auch heutzutage lediglich auf Grund klinischer und anatomischer Beobachtungen, dass das „Kropfherz" durch Veränderungen in der Thyreoidea, die Osteomalacie durch solche im Ovarium entsteht, ohne von der Art des Zusammenhangs irgend etwas sicheres zu wissen.

Nun liessen sich auch die von Strassmann und Lehmann angeführten Fälle erklären, in denen Herzaffektionen ohne irgendwelche nachweisbare Ursache schon längere Zeit vor dem Auftreten des Myoms bestanden haben: Primär war eine Erkrankung der Ovarien vorhanden, diese führe zu einer sekundären des Herzens und schliesslich zur Myombildung.

Auch der Umstand, dass wir nicht eine anatomisch einheitliche Erkrankung des Herzens finden, steht nicht in Widerspruch mit unserer Annahme. Das Herz unterliegt bei der Myomerkrankung wahrscheinlich einer langdauernden, von den Ovarien ausgehenden Schädigung. Das eine Herz nun neigt infolge seiner angeborenen

oder erworbenen Eigenschaften mehr zur fettigen Degeneration, das andere zur braunen Atrophie u. s. w., und während nun diese Neigung beim gesunden Individuum bis ins höchste Alter latent bleiben kann, kann sie andererseits früher oder später zur entsprechenden Degeneration führen, wenn die ständige Schädigung von seiten des Ovariums auf das Herz einwirkt, wie dies ja bei der myomatösen Erkrankung des Uterus der Fall zu sein scheint.

Es obliegt mir nun noch die angenehme Pflicht, an dieser Stelle Herrn Obermedizinalrat Professor Dr. O. v. Bollinger für die Ueberlassung der Sektionsberichte und für die gütige Uebernahme des Referates, sowie Herrn Privatdozenten Dr. K. Hörmann für Ueberlassung des Krankenjournals meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Der Unterzeichnete wurde am 16. November 1880 in Dachau als Sohn des Kaufmanns W. Schlaegel geboren, besuchte in Dachau und München die Volksschule, sodann das Gymnasium in München, welches er im Jahre 1900 absolvierte. Darauf oblag er 10 Semester dem medizinischen Studium auf der Universität in München und bestand am 11. Juni 1905 die Approbationsprüfung.

München, den 10. Juli 1905.

Wilhelm Schlaegel.